Лекція 1
Спеціальна психологія як галузь наукового знання

1. Предмет та завдання спеціальної психології
1.1. Спеціальна психологія як галузь дефектології
2. Зв'язок спеціальної психології з науками медичного, психологічного та педагогічного спрямування
3. Основні категорії спеціальної психології

Література

- Айзенберг Б. И., Кузнецова Л. В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития: Психотерапия в дефектологии. - М., 1992.
- Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии.- М.: Просвещение, 1973.
- Выготский Л. С. Основы дефектологии // Собр. соч.: В 6 т. - М., 1983. - Т. 5.
- Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: Учеб. пособие для студентов пед.ин-тов. — М.: Просвещение, 1991. — 143 с.
- Никуленко Т. Г. Коррекционная педагогика: учеб.пособие для вузов – М.: Феникс, 2006. — 382 с.
- Основи дефектології : навчальний посібник для студ. вищ. пед. навч. закладів / [І. М.Маруненко, В. І. Бобрицька, Є. О Невєдомька, З.Ф. Сіверс]; КМПУ ім. Б. Д. Грінченка. - Вид. 2-е,стереотип.— Київ, 2006. — 144 с.
- Синьов В. М., Кобернік Г. М. Основи дефектології: навч. посібник. – К.: Вища шк..,1994. – 143 с.

1. Предмет та завдання спеціальної психології.

Спеціальна психологія як галузь дефектології

Особливості порушення фізичного та психічного розвитку дитини впливають на весь процес та кінцевий результат її пізнавальної активності. Разом з цим, порушення психофізичного розвитку призводить до своєрідності формування особистості дитини.

Слід пам'ятати, що порушений розвиток – це не кількісна неспроможність. Цей розвиток відрізняється якісною своєрідністю, опиранням на більш збережені функції. Принципи та способи пізнання якісної своєрідності порушеного розвитку, навчання та виховання ДЗОП є **предметом** дефектології.

Дефектологія (від лат. defectus — недолік, вада і греч. logos — слово,вчення)– наука про закономірності і особливості розвитку, виховання та навчання дітей з психофізичними порушеннями.

Основні наукові завдання дефектології:

- розробка теоретичних основ всебічної допомоги дітям з порушеннями розвитку;
- розробка та втілення прикладних методів і методик надання медико-соціальної допомоги дітям;
- проведення і систематизація досліджень розвитку та формування дітей з порушеним розвитком.

Галузі дефектології.

Дефектологія об'єднує окремі галузі: сурдопедагогіка – вивчає питання виховання та навчання дітей з вадами слугу; тифлопедагогіка —…. з вадами зору; олігофренопедагогика —… розумово відсталих дітей; логопедія — питання виправлення недоліків речі. Дефектологія включает також спеціальну психологію, яка вивчає психологічні особливості ДЗОП. Окремою галуззю дефектології може бути дослідження дітей із затримкою психічного розвитку, з дефектами ОРапарату, а також із різними складними дефектами (н.д. – сліпо глухонімота, сліпота+ інтелектуальні порушення тощо)

Предмет і завдання спеціальної психології

Психологія людини з обмеженими можливостями розглядається в межах окремої галузі психологічної науки, що вивчає закономірності психічного розвитку й особливості психічної діяльності дітей і дорослих із психічними й фізичними недоліками - спеціальної психології.

Спеціальна психологія - це галузь психологічної науки, яка вивчає **своєрідність психічного розвитку** осіб з психофізичними порушеннями.

На думку провідних українських вчених В. М. Синьова, М. П. Матвєєвої, О. П. Хохліної, предметом спеціальної психології: "... є всі психічні феномени, а саме: пізнавальні та емоційно-вольові психічні процеси, психічні стани та психічні властивості, які виявляються у різних формах активності людини - діяльності, спілкуванні, поведінці"

Проте!!!! Ці феномени протікають за умов психічного розвитку, що відбувається за несприятливих умов. Порушення розвитку під впливом таких умов є стійкою зміною параметрів функціонування психіки та темпів її вікової динаміки, що достовірно відрізняються від середніх значень, що характеризують певний вік" .

Отже, предметом спеціальної психології є психічні феномени, що відбуваються за умов відхиленого від нормального розвитку під впливом несприятливих умов.

В **завдання** спеціальної психології входить:

1). вивчення закономірностей і особливостей психічного розвитку дітей і дорослих з різними психічними і фізичними вадами у різних умовах і зокрема в умовах корекційного навчання;

2). вивчення порушень розвитку і формування конкретних форм психічної діяльності і психічних процесів у різних груп аномальних дітей;

3). створення методів і засобів психологічної діагностики порушень розвитку;

4). розробка засобів психологічної корекції вад розвитку;
5). психологічне обгрунтування змісту і методів навчання та виховання, в першу чергу в умовах інклюзивного простору.
6). психологічна оцінка ефективності змісту і методів навчання дітей з вадами розвитку у різних умовах;
7). психологічне вивчення соціальної адаптації осіб з вадами розвитку;
8) психологічна корекція дезадаптації.

На сьогоднішньому етапі найбільш актуальним завданням є розробка діагностичних методик і виявлення шляхів, засобів і способів компенсації порушень у розвитку дітей.

Основним курсом спеціальної психології на сьогоднішньому етапі є формування адекватної особистості в умовах застосування спеціальних методів і прийомів виховання і навчання, за рахунок яких відбувається заміна і перебудова порушених функцій.

Як окремі напрямки (галузі) в неї входять: психологія розумово відсталих (олигофренопсихологія), психологія глухих і слабочуючих (сурдопсихологія), психологія сліпих і слабозорих (тифлопсихологія), а також почали розвиватися пізніше психологія дітей з недоліками мови, психологія дітей із затримкою психічного розвитку, психологія сліпоглухих і ще більше молодий - психологія осіб з недоліками опорно-рухового апарата.

Відносно молодим розділом спеціальної психології є *логопсихологія* (психологія дітей, які мають порушення мови, предметом є закономірності психологічного розвитку дітей з патологією мови. Дана галузь психологічного знання формується на базі логопедії і в даний час привертає особливу увагу фахівців – психологів, логопедів, лікарів.

3. Зв'язок спеціальної психології з науками медичного, психологічного та педагогічного спрямування

Оскільки спеціальна психологія займається питаннями вивчення, навчання, виховання ДЗОП, з фізичними та психічними порушеннями, їй необхідні дані їхнього клінічного вивчення, які можна отримати з **невропатології** (наука про органічні та функціональні хвороби нервової системи), **патологічної анатомії** (наука, яка вивчає відхилення в будові організму), **патофізіології** (науки, яка вивчає закономірності виникнення, розвитку протікання патологічних процесів), **загальна та медична генетика** (наука про закони спадковості, спадкових захворювань), **психопатологія** (наука, яка

вивчає психічні хвороби, їх причини, протікання, попередження та лікування), **дитячої психіатрії** (наука, яка вивчає психопатологічні вияви у дитячому віці). Для сурдопедагогіки та тифлопедагогіки має велике значення дані **отоларингології та офтальмології**. Розробці методів відновлення порушених психічних функцій з використанням прийомів компенсації дефектів допомагає **патопсихологія** (галузь психології, яка вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку).

Вивчення психічного розвитку ДОЗП споріднює спеціальну психологію з **дитячою психологією**, основною метою якої є встановлення закономірностей формування та розвитку особистості на різних вікових етапах розвитку «нормальної» дитини. Педагогічна психологія, яка вивчає психологічні закономірност засвоєння знань, умінь, навичок і формування особистості в процесі навчання та виховання в освітніх закладах, дає необхідний матеріал для дефектології, яка вивчає закономірності порушеного розвитку та методи навчання та виховання ДЗОП. В свою чергу, дефектологія дає знання педагочній психології, на основі яких розробляються та впроваджуються індивідуальні програми розвитку та навчання ДЗОП в умовах загальноосвітніх закладах.

4. Основні категорії дефектології та спеціальної психології.

1. ***Аномальний (порушений, дефектний) розвиток*** – розвиток на основі психофізичних порушень, які маж дитина. За визначенням Л.С. Виготского, аномальний розвиток - не дефектний, а своєрідний розвиток, який не обмежується негативними ознаками, а має цілий ряд позитивних особливостей, які виникають у зв'язку з пристосуванням дитини з дефектом розвитку до навколишнього світу.

Дане поняття входить в коло понять, які об'єднані терміном "дизонтогенез", яким позначають різні форми порушень онтогенезу.

Порушений розвиток можна визначити як звичайний розвиток, але такий, що протікає в незвичайних (несприятливих умовах), патогенна сила яких перевищує компенсаторні можливості індивіда.

Аналізуючи складну **структуру аномального розвитку** психіки, слід передусім розрізняти *первинний дефект,* безпосередньо викликаний тим або іншим хвороботворним фактором, і *вторинні відхилення,* що виникають у процесі онтогенетичного розвитку дитини як наслідок дії первинного дефекту] Наприклад, у структурі аномального розвитку глухої дитини первинним дефектом є тяжке порушення слухового сприймання, яке виникло під впливом того чи іншого захворювання, і що спричинило ушкодження слухового апарата дитини. Розумова відсталість аномальної дитини може бути наслідком

такого первинного дефекту, як слабкість орієнтувальної діяльності, пов'язана з низькою пізнавальною активністю.

Проте й вторинні ознаки можуть у зворотному порядку впливати на первинний дефект. Наприклад, якщо дитина з тяжким порушенням слухової функції, але все ж таки не втраченим, залишковим слухом, не оволоділа розмовною мовою, то своїм залишковим слухом для сприймання чужої мови вона не користується. Проте в міру перетворення вторинного дефекту (мовного недорозвинення) все більш і більш адекватно використовуються можливості слухового сприймання (залишковий слух).

Інший приклад. Порушення механічного запам'ятовування у розумово відсталої дитини є первинною ознакою інтелектуального дефекту, оскільки воно пов'язане з біологічно зумовленою неповноцінністю замикаючої функції кори головного мозку. Воно може бути певною мірою згладжене за рахунок виправлення такої вторинної ознаки розумової відсталості, як порушення логічної пам'яті.

У складній структурі аномального розвитку вторинні ознаки можна розглядати не тільки з точки зору їх негативної характеристики, а й як *прояви позитивних можливостей дитини з дефектом, що активізуються в процесі її пристосування до умов розвитку.*

Сліпа дитина, не маючи змоги за допомогою дотикового сприймання одразу впізнати якийсь конкретний предмет, залучає на допомогу здатність до розмірковування, використовуючи збережені узагальнені знання. Наприклад, вона спочатку не впізнає такий добре відомий предмет, як чайник. Проте послідовно обмацуючи предмет і розмірковуючи при цьому, вона фіксує словесно та враховує для подальшого впізнання окремі його ознаки: «От носик, щоб вода лилася. Сюди воду наливають. А це — звідси наливають у чашку або стакан. А тут за ручку тримають» .

Такий уповільнений процес пізнавання, неможливість сприйняти предмет в цілому слід, звичайно, розглядати як негативну ознаку розвитку пізнавальної діяльності сліпих, але тут проявляються й позитивні риси — виражена осмисленість і цілеспрямованість сприймання, необхідні для правильного впізнання без допомоги зору.

Л.С.Виготський так писав про співвідношення первинного і вторинного порушень: "Чим дальше відстає симптом від першопричини, тим він більше піддається виховному лікувальному впливу... те, що виникало у процесі розвитку дитини як вторинне утворення, може бути профілактично попереджено чи лікувально-психологічно виправлено." (Зб.тв., М., 1983, т. 5, с. 291).

2. ***Аномальні діти*** – діти з вродженими чи набутими порушеннями фізичного чи психічного розвитку. Термін походить від грецького слова anomalos – неправильний. Цим терміном позначають дітей, у яких порушено нормальний перебіг загального розвитку,

що спричинено наявністю фізичного або психічного дефекту. Проте наявність дефекту призводить до аномального розвитку лише; за певних умов. Наприклад, у дитини, яка не чує на одне вухо, не виявляють ніяких відхилень у розвитку, тому що в цілому слухова функція дозволяє їй досить повноцінно сприймати звукові (зокрема й мовні) сигнали та оволодівати мовою без якихось вад. Оскільки в цьому випадку дефект не викликає серйозних порушень у загальному розвитку дитини (вона може так само, як і інші діти, спілкуватися з навколишніми, виховуватись у дитячому садку, навчатись у масовій школі), її не відносять до категорії аномальних.

Той чи інший дефект, що виник внаслідок різних причин у дорослої людини, також може не викликати розладу того рівня загального розвитку, якого вона вже досягла. У таких випадках також немає підстав говорити про аномальний розвиток.

Отже, поняття «аномальні діти» передбачає наявність серйозних відхилень у розвитку, які виникли під впливом хвороби та зумовлюють необхідність створення спеціальних умов для навчання та виховання. Тому вживаючи термін «аномальні діти», маємо на увазі таких дітей, яких слід направляти до спеціальних дитячих навчально-виховних закладів.

До дітей з порушеннями у розвитку **відносять розумово відсталих, нечуючих, поганочуючих, незрячих і поганобачачих, дітей з важкими мовними порушеннями, порушеннями опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку, з вираженими порушеннями емоційно-вольової сфери (дитячий аутизм, гіперактивність, дефіцит уваги).** Вони потребують комплексної реабілітації, яка включає медичну, психолого-педагогічну і соціальну допомогу і при цьому обов'язково індивідуальну.

В американской психологии до 60-х годов нашего столетия бытовал термин «морон» (слабоумный). Гуманизация общества после второй мировой войны, борьба за права человека в Западной Европе и США, отказ от дискриминации личности по каким бы то ни было признакам, законодательное оформление в целом ряде международных и национальных актов прав детей и инвалидов привели к пересмотру ряда терминов в специальной педагогике, носящих, по мнению ряда ученых и законодателей, уничижительный оттенок по отношению к личности. Таким образом, в специальной литературе США появляется термин «исключительные дети». Но и это понятие не внесло ясности в терминологию, а, скорее, наоборот - еще более запутало ее (по крайней мере в русских переводах), поскольку американские коллеги включали в понятие «исключительные дети» не только детей с отклонениями в развитии патологического характера, но также и детей, отличающихся одаренностью в какой-либо области

знания или творчества (математике, музыке, живописи и т. п.). В силу этого американские дефектологи в 80-е годы ввели термин «дети со специальными потребностями» (нуждами).

Сучасним еквівалентом терміну «аномальні діти» є терміни «діти з обмеженими можливостями», «діти з особливими потребами» і «діти з особливими навчальними потребами»(«children with special needs»), «діти з проблемами розвитку». Дуже вдало Л.С. Виготський стверджує, що існує єдність природньої і культурної лінії у формуванні особистості дитини. Під природньою лінією Л.С. Виготський розумів **біологічне дозрівання** організму дитини, під культурною – **розвиток через спрямоване навчання.** Стосовно до дітей з порушеннями розвитку Л.С. Виготський говорить про явище дивергенції – неспівпаданні цих двох ліній, що призводить до створення особливих, обхідних шляхів розвитку дитини.

3. ***Корекція*** (лат. correctio - виправлення) – система психолого-педагогічних заходів, які спрямовані на виправлення або послаблення недоліків психофізичного розвитку дітей. Під корекцією розуміємо як виправлення окремих дефектів (наприклад, корекція вимови, зору), так і цілісний вплив на особистість аномальної дитини з метою досягнення позитивного результату у процесі її навчання, виховання та розвитку. Усунення або згладжування дефектів пізнавальної діяльності та фізичного розвитку дитини позначається поняттям «корекційно-виховна робота».

4. Компенсація - це заміщення або перебудова порушених чи недорозвинених функцій організму. Всі компенсаторні процеси протікають одночасно на декількох рівнях.

Перший - біологічний, або тілесний, рівень протікання компенсаторних процесів.

Другий - психологічний рівень компенсації - надзвичайно складний за своїм змістом. Він включає в себе роботу захисних механізмів, неусвідомлюваних процесів, які забезпечують зниження тривоги і внутрішньої напруги у стресових ситуаціях. Крім того, на цьому рівні розгортається дія так званих копінгстратегій, тобто свідомих зусиль особистості, які спрямовані на підтримку позитивної самооцінки у загрозливих для неї ситуаціях.

Третій рівень компенсаторних процесів соціально-психологічний, пов'язаний із суспільним характером людського буття. Добре відомо, що процес відновлення тих чи інших порушень залежить від характеру зовнішньої допомоги, зокрема, від позиції оточуючих стосовно інваліда. Вищий рівень організації компенсаторних процесів - соціальний. Його реалізація пов'язана зі ставленням в цілому суспільства до інвалідів. Ці відносини визначаються національними і релігійними традиціями суспільства, сприяючи або перешкоджаючи соціальній адаптації осіб з обмеженими можливостями. Людина - істота біосоціальна, але провідна роль в процесі становлення і розкриття людської

сутності, безперечно, належить соціальним факторам. Те ж саме можна сказати і щодо компенсаторних процесів. В їх реалізації беруть участь як біологічні, так і соціальні чинники, при цьому вони присутні на кожному рівні, правда, в різних пропорційних відносинах.

Зауважимо, що вже сформовані компенсаторні процеси за несприятливих умов (надмірні навантаження, погіршення стану здоров'я при хвороботворних впливах тощо) можуть розпадатися, оскільки компенсаторні пристосування мають відносну, а не абсолютну стійкість. Таке явище має назву *декомпенсації*, тобто це рецидиви функціональних порушень, раніше скомпенсованих. У випадках декомпенсації відмічають серйозні порушення розумової працездатності, зниження темпу розвитку, зміни ставлення до діяльності, людей. Тому тут необхідним є дотримання ряду спеціальних заходів, спрямованих на нормалізацію процесу розвитку. Від компенсації слід відрізняти *псевдокомпенсацію* (від грец. — неправда, помилка; у складних словах відповідає поняттю «несправжній»), тобто такі уявно пристосовані, шкідливі утворення, які виникають як реакція дитини на ті чи інші небажані прояви до неї з боку оточення. До таких утворень можна віднести різні невротичні риси поведінки аномальної дитини, що формуються внаслідок низьких оцінок її особистості з боку інших людей. Наприклад, відповіддю на вкрай низьку оцінку навколишніх іноді можна пояснити навіть неадекватно завищену самооцінку розумово відсталих.

5. Опора на більш збережені функції - при ушкодженні окремих аналізаторів до процесу пізнання, встановлення зв'язків з навколишнім світом інтенсивно залучаються ті аналізатори, в діяльності яких порушень немає. Сліпа дитина насамперед використовує слух, дотик, нюхову чутливість. За їх допомогою вона одержує різноманітну інформацію, орієнтується в просторі. Педагогічний процес створює спеціальні умови для найбільш сприятливого використання збережених аналізаторів сліпою дитиною.

6. ***Соціальна реабілітація*** (лат. rehabilitas – відновлення придатності, здатності) у медико-психологічному значенні – включення аномальної дитини у соціальне середовище, залучення до громадського життя і праці на рівні її психофізичних можливостей. Реабілітація здійснюється за допомогою медичних засобів, спрямованих на усунення або пом'якшення дефектів розвитку, а також спеціального навчання, виховання та професійної підготовки. У процесі реабілітації компенсуються функції, порушені хворобою. Завдання реабілітації вирішуються у системі спеціальних навчальних закладів для різних категорій аномальних дітей, де особливості організації навчального процесу визначаються особливостями аномального розвитку дітей.

7. Реабілітація - це система медико-психологічних заходів, які спрямовані на включення дитини з проблемами розвитку у соціальне середовище, залучення до громадського життя і праці на рівні її психофізичних можливостей.

8. ***Абілітація*** - це система лікувально-психологічних заходів з метою попередження і лікування патологічних станів у дітей раннього віку, які ще не адаптувалися до соціального середовища і призвели до стійкої втрати можливості навчатися, працювати тощо.

9. ***Соціальна адаптація*** *(від лат. adapto - пристосовувати)* – приведення індивідуальної та групової поведінки аномальних дітей у відповідність з системою суспільних норм і цінностей. У аномальних дітей через дефекти розвитку ускладнена взаємодія із соціальним середовищем, знижена здатність адекватного реагування на зміни, які відбуваються, ускладнюються вимоги. Вони відчувають особливі труднощі у досягненні своїх цілей в рамках існуючих норм, що може викликати у них неадекватну реакцію і призвести до відхилень у поведінці.

10. ***Людина з проблемами розвитку*** - особа, яка внаслідок порушення здоров'я потребує спеціальних умов для організації сімейного та соціального оточення і самореалізації.

11. ***Інвалід*** — це особа, яка має порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій організму, зумовлене захворюваннями, наслідками травми чи дефектами, що призводять до обмеженої життєдіяльності, і потребує соціального захисту.

12. Інвалідність - це обмеження у можливостях, яке зумовлене фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині бути повноцінно інтегрованою у суспільство і брати участь у його житті на рівних умовах з іншими.

Протягом багатьох років політика у відношенні до інвалідів розвивалася від елементарного догляду у спеціальних закладах до навчання дітей-інвалідів та до реабілітації людей, які стали інвалідами у дорослому віці. Рівень цивілізованості суспільства багато в чому визначається ставленням цього суспільства до маргінальної групи населення, зокрема до дітей - інвалідів, їхніх сімей тощо. В умовах економічної нестабільності, кризового стану практично всіх складових гуманітарної сфери, початкового етапу правової стабілізації інваліди виявилися найбільш незахищеною категорією населення.

Інвалідів у нашому суспільстві сприймають по-різному: одні до них абсолютно байдужі, інші жалісливі, треті, їх менше, активно допомагають їм. Крім того, існуюче стереотипне уявлення про інтелектуальну і психічну неповноцінність людини із

серйозними фізичними вадами прирікає інвалідів на повну ізоляцію: їх не побачиш на підприємствах, у культурних закладах, інформації про ніх дуже мало на сторінках періодики. Значною мірою це обумовлено нашим минулим. Соціальна й інформаційна політика тоталітарної держави ігнорувала проблеми інвалідів, не сприяла повному охопленню системою освіти дітей і дорослих із руховою недостатністю, створенню пристосованої до їхніх можливостей архітектурного середовища.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка зумовлена порушеннями у розвитку, труднощами у самообслуговуванні, спілкуванні, набутті професійних навиків. Засвоєння дітьми-інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль (це можуть бути спеціальні програми, центри з реабілітації, навчальні заклади тощо). Розробка цих заходів повинна базуватися на знанні закономірностей, завдань, сутності процесу соціалізації.

Питання до теми:

1. Назвіть предмет, цілі та завдання дефектології.
2. Дайте характеристику напрямів дефектології.
3. З якими науками пов'язана дефектологія? Розкрийте їх зв'язок.
4. Проаналізуйте предмет та завдання спеціальної психології.
5. Обґрунтуйте необхідність психологічної допомоги дітям з особливими потребами та проаналізуйте умови підвищення її ефективності.
6. Завдання для самостійної роботи: «Процес компенсації та резервні можливості вищої нервової діяльності», «Закон Л.С. Виготського перетворення мінуса дефекта в плюс компенсації», «Межі компенсації для різних форм порушеного розвитку» (реферативна доповідь, презентація)

Тема 2. Історія розвитку дефектології як науки

1. Становлення дефектології в Європі та США
2. Історичні нариси становлення дефектології в Україні та Росії.
   2.1. Діяльність Лікарсько-педагогічного інституту (м. Київ) під керівництвом І.О. Сікорського
   2.2. Внесок Л.С. Виготського у розробку дефектології та спеціальної психології
   2.2. Внесок І.О. Соколянського у розвиток тифлосурдопедагогіки
3. Сучасний етап розвитку дефектології: від ізоляції до інтеграції та інклюзії. Досягнення та пріоритети.

1. Становлення дефектології в Європі та США.

Якщо звернутися до античної історії, то в Др. Спарті, Римі, де існував культ здорового тіла, то ДЗОП (та і загалом, всі люди з особливими потребами) просто знищувалися. Про це є згадки в працях Арістотеля, Платона, Сенеки.

Але не більш гуманим було ставлення до таких людей у середньовічній Європі. Багато «аномальних» людей було страчено на вогнищах інквізиції, оскільки вважалося, що ці люди мають зв'язок з нечистою силою. У кращому випадку їх очікувало довічне існування у монастирях. Найбільший вплив на ставлення до осіб з обмеженими психофізичними можливостями здійснювали релігійні світогляди суспільства. У середньовіччі (V–XV ст.) у Західній Європі стверджувалась ідеологія католицької церкви, яка знищувала все, що не відповідало її канонам. Інквізиція розправлялася і з вільнодумством, і з душевнохворими людьми, вважаючи недоумкуватих "дітьми диявола". Церква кидала їх у в’язниці, піддавала катуванням, спалювали на вогнищах.

Епоха Відродження (XV–XVII ст.) у Західній Європі характерна боротьбою поглядів на природу людину, його психічну діяльність між релігійною схоластикою, містичними "демонологічними" теоріями та гуманістичними ідеями звеличування людського розуму, жалісливість та милосердя до людських пороків та недоліків, до психічних та фізичних аномалій. У цей час зароджуються гуманістичні тенденції в галузі медицини. Лікарі відвідують монастирі і в’язниці, ведуть спостереження за душевнохворими, щоб усвідомити та оцінити цей психічний стан людини. На початку XVII століття професор медицини **Фелікс Платер** (1537 – 1614) у Базелі вперше здійснює класифікацію душевнохворих, в основі якої характеристика різноманітних порушень інтелекту, емоцій, фізичного стану хворих.

У епоху Відродження формуються гуманістичні тенденції в філософії і педагогіки, які намагаються проникнути в душевний світ психічно хворих , виявити у них позитивні риси та якості. Нідерландський мислитель **Дезидерій Еразм Роттердамський** (1469-1535) у своєму трактаті "Похвала дурості" проголошує гімн людському розуму, людській мудрості. Слов'янський вчений, педагог, філософ **Ян Амос Коменський** (1592 – 1670) вперше з педагогічної точки зору розглядає взаємозв'язок інтелектуального розвитку дитини і її поведінки. Він виділив шість типів дітей, які відрізняються один від одного ступенем розумового розвитку і особливостями характеру. На його думку, учні з гострим розумом і прагненням до знань, але неприборкані і вперті, яких у школі вважають безнадійними, та учні тупоголові, з викривленою та злобною вдачею, які важко піддаються педагогічному впливу, – всі вони мають право на навчання.

Отже, починаючи з епохи Відродження у європейській дефектологічній науці та практиці простежується лінія в еволюції поглядів і підходів до проблеми відхилення в розумовому розвитку дитини, яку представляли медики, педагоги і практики.

Питання про необхідність допомоги особам з порушеним інтелектуальним та психічним розвитком в період становлення психіатрії був пов'язаний з найбільш вираженими відхиленнями від норми, наприклад, таким як ідіотія. Завдяки досягненням в галузі психіатрії на початку 19 століття почали розмежовувати два окремих стани: **безумство та розумову неповноцінність.** Вперше це було зроблено французьким лікарем-психіатром **Філіпом Пінелем** в праці «Опис психічних захворювань» (1800 р.). Він ввів в обіг термін ідіотія для опису найвиразніших форм розумової відсталості. Ця робота є першим систематичним описом психічних захворювань.

Учень Пінеля **Жан-Етьєн Ескіроль** займався проблематикою ідіотії, за якої «розумові здібності ніколи не проявлялися та не розвивалися протягом життя». Він ввів поняття агенція та деменція (вроджене та набуте протягом життя слабоумство). Він довгий час був директором інтернату для перестарілих та душевнохворих «Сальпетрієр» та психіатричної лікарні «Бісетр» в Парижі. Щодо Сальпертієр, то то це спершу був пороховий завод, а згодом, перетворився на місце, де примусово лікували всіх люпенів. А на початку 19 століття Сальпетрієр перетворився на справжню лікарню, в якій лікували душевні та неврологічні розлади. Бісетр – стара вежа, яка знаходилася на відстані кількох кілометрів від Сальпетрієра, була його відділенням, де були головним чином психічно хворі.

Ескіроль розділив зміст терміну «ідіотія» на три окремі поняття: «тронуті», «помішані», «ідіоти». Роботи Ескіроля дозволили зробити важливий висновок: **люди поділяються не**

лише на групи «нормальні» і «з патологією», але всередині другої групи спостерігається неоднорідність, перед усім у глибині ураження.

Ескіроля можна вважати одним з основоположників симптоматичної класифікації розумової відсталості.

Вперше, ідею про те, що РВ діти потребують особливих форм навчання та виховання, висловив швейцарський педагог **Іоган Песталоцці** (поч.. 19 ст.)., але на той час не отримав достатньої підтримки педагогів та лікарів. Перші спроби навчання дітей з відхиленнями у розвитку в спеціальних навчальних закладах належить Іоганну Генріху Песталоцці (1746 – 1827), відомому швейцарському педагогу. У 1774 році в м. Нейгоф він організував притулок для дітей, який назвав "Установа для бідних". Ним були обґрунтовані принципи роботи з "тупоумними": посильність у навчанні, використання дидактичних матеріалів, поєднання розумової і фізичної праці, поєднання навчання з продуктивною працею.

Одну з перших спроб навчання та виховання РВ дитини здійснив франц. Психіатр **Жан Ітар.** В 1801р. в лісі був знайдений хлопчик, який виріз поза межами людського суспільства. Він демонструвався як експонат на різних зібраннях психіатрів. Ж. Ітар склав звіт про п'ятирічне лікування хлопчика «Навчання дикуна». Однозначної відповіді про діагноз дитини не було дано, лікування не давало ефектів. Але це й випадок поклав початок розробки методів роботи з такими дітьми.

Ж. Ітар висунув гіпотезу про те, що медико-педагогічне втручання може надати ефективну допомогу при ідіотії. Корінь зла при ідіотії – порушення сенсорних функцій. Він вважав, що необхідно спершу розвивати елементи сенсорики, потім – мову, потім – абстрактне мислення (сенсуалізм Е. Кондильяка здійснив суттєвий вплив на лікаря). Ж. Ітар ввів природничо-науковий підхід у методику роботи з РВ людьми, метод спостереження.

Таким чином було покладено початок медико-педагогічному напрямку роботі з РВ дітьми. Але характерна особливість – переважання медичного підходу (особливо у Німеччині).

Учень Ітара **Едуард Сеген** заснував школу для «ідіотів» та розробив методику їх навчання на основі стимуляції функцій органів почуттів. Він спирався на релігійно-філософське вчення Сен-Сімона, Гюго, який боровся за суспільні перетворення. Він вважав, що відновлення сенсорних функцій – це лише перший крок в лікуванні РВ. Кінцевим кроком має бути моральне виховання, моральна воля. Він акцент змістив з індивідуального підходу до групового. Лікування, в точу числі і регулярна трудотерапія,

мали перетворити «негативну» волю хворого на життєво стверджувальну, а прагнення до самоізоляції мало би перетворитися на контактність.

Перші заклади се дико-педагогічного типу виникли приблизно в середині 19 ст. в Європі та США.

Варто згадати лікаря **Гюггенбюля** (швейцарськ.), який спирався на ідеї німецької натурфілософії та на пануючу на той час у німецькій психіатрії думку, що психіка людини не може бути першопочатково хворою, оскільки вона створена Богом. А джерелом порушення психічних функцій може бути фізичні негаразди. Лікарня «Абендберг» (м. Інтерлакен) знаходилася серед соснового лісу у живописному місці. Вважалося, що здоровий клімат, природна краса, здорове харчування, травотерапія добре впливають на пацієнтів з порушенням психіки. Гюггенбюль був дуже популярний за кордоном. Але він часто був у відрядженнях і лікарня занепадала. Його натурфілософські погляди все більше суперечили новим ідеям в німецькій психіатрії, де психічні порушення розглядалися вже як «хвороби мозку».

Серед американських вчених середини 19 ст. варто згадати **Самюеля Хоуве.** Разом з Сегеном, який емігрував до США, він зробив спробу організувати систематичну допомогу людям з психічними відхиленнями. Він досліджував причини РВ з тим, аби знизити вірогідність появи РВ. Головна причина РВ, як він називав, у «дегенерації людського роду» - поганий стан здоровя батьків, зловживання алкоголем, родинні шлюби, аборти – це все часто було в сім'ях РВ дітей.

Французький психіатр **Бенедикт Морель** (1809-1872) вбачав одну з причин РВ у наслідування «накопичених» шкідливих факторів, до яких відносив сифіліс, туберкульоз, алкоголізм.

Найбільший внесок в анатомо-фізіологічний напрям вчення про РВ вніс німецький лікар **Еміль Крапелін** (1856-1926). Він один з перших обєднав всі форми слабоумства в одну групу: ЗПР та ввів термін «олігофренія» для позначення вроджених станів РВ.

В середині 19 ст. найбільший вплив на психологію та педагогіку вчинили фундаментальні відкриття в галузі природничих наук; вводились експериментальні методи дослідження. Це обумовило два напрями у розумінні характеру та сутності РВ: анатомо-фізіологічний (Морель, Крепелін) та психолого-педагогічний (Біне, Сімон та інші.)

Бельгійський психіатр **Жан Демор** (1867-1941) вперше зробив спробу виділити біологічні та соціальні компоненти в РВ. Французькі педагог **Жан Філіпп и лікарПоль Бонкур** розвивають психолого-педагогічний напрямок, виділяючи контингент учнів, які не можуть впоратися з шкільною програмою, тобто, дітей з вираженими формами РВ.

На рубежі XIX та XX століть відомий італійський педагог **Марія Монтессорі** (1870 – 1952) створює ортофенічну школу для відсталих дітей, де застосовує систему сенсоромоторного виховання розумово відсталих дітей як основу лікувальної педагогіки. Фізіолог за освітою та лікар за фахом, М. Монтессорі прийшла до своєї системи виховання після багаторічного вивчення дитячого організму й довготривалої педагогічної практики з фізично та психічно дезадаптованими дітьми. Учениця Сегена та Ітара, лікарів-педагогів, котрі розробили методи виховання дефективних дітей, М. Монтессорі дійшла висновку про застосування цих прийомів виховання й до цілком соціалізованих, "нормальних" дітей.

Таким чином, помітилися тенденції в розвитку галузі, яка, в подальшому, отримала назву «олігофренопедагогіка» - перші класифікації та організації педагогічної допомоги таким дітям.

Накопичений до початку 20 ст. досвід лікарів, психологів, педагогів розширив можливості діагностики та класифікації різних форм та рівней РВ. Француз. психолог Альфред Біне (1857-1911) та лікар Том Симон розробили метод тестів, який отримав потім назву психометричого методу.

В начале XX столетия А. Бине и Т. Симон получили задание провести в Париже исследование с целью выявления легких форм умственной отсталости у детей.

Работа А. Бине вскоре была использована в качестве основы теста измерения «естественного ума» как некоего врожденного уровня интеллекта, независимого от воспитания и образования.

А. Бине тщетно пытался опровергнуть такую интерпретацию своего исследования. Он пришел к заключению, что умственно отсталые поддаются обучению, но оно должно осуществляться с учетом их ограниченных от природы возможностей.

Тест был переведен на английский язык, а получаемый при его использовании результат был назван интеллектуальным коэффициентом.

В основу тестов А. Бине и Т. Симона было положено состояние коммуникативной функции речи. Исследователи разработали набор заданий, тестов (от англ. Test - задача), которые предъявлялись ребенку вербально и требовали от него выполнения определенных действий и вербального же ответа.

Результаты выполнения этих тестов соответствовали тому или иному возрасту нормально развивающегося ребенка. В случае отклонения от нормы (например, при нарушении интеллекта) ребенок, естественно, не мог справиться с заданием, соответствующим его физиологическому возрасту, и тогда экспериментатор подбирал ему задания, предназначенные для более раннего возраста. Соотношение «возраста» выполненных заданий к истинному физиологическому возрасту выражалось определенными числовыми данными и вычислялось как коэффициент. Например, если шестилетний ребенок справлялся с заданием, рассчитанным на нормально развивающегося ребенка пяти лет, то его коэффициент - 0,83 (5/6 = 0,83).

Приведем другой пример. Физиологический возраст ребенка - шесть лет. В результате экспериментального исследования (тестирования) было установлено, что он справляется с заданиями, рассчитанными на трехлетний возраст. В этом случае его коэффициент составляет 0,5, ребенок попадает в более низкий диапазон и встает вопрос об уровне его интеллектуального развития. А. Бине и Т. Симон считали, что между

уровнем интеллекта и уровнем развития коммуникативной функции речи существует жесткая корреляция (что, кстати, является достаточно справедливым и объективным, особенно в раннем детском возрасте).

В результате огромного количества проведенных экспериментальных исследований был определен диапазон нормы и отклонений от нее. Диапазон нормы лежал в пределах 1,0-0,8, по ней первый ребенок может быть отнесен к нормально развивающимся, показатель второго свидетельствует об отставании в развитии.

Позднее исследователями была разработана специальная Метрическая шкала умственных способностей, она была представлена в работе «Новые методы диагностирования умственного уровня ненормальных» (1905).

Найбільш відома модифікація психометричного методу розроблена в Стенфордському університеті США. Тест Стенфорд-Біне і сьогодні застосовується для діагностики інтелекту.

Отже, в 19-20 ст. в Західній Європі та США розвивалася допомога дітям з недостатнім інтелектом за такими напрямами:

1) **медико-клінічний – засновується на вивчені етіології РВ. Розглядалися анатомічні та генетичні причини, які призводять до порушення інтелекту.**
2) **психологічний – досліджує картину психічної діяльності осіб з РВ, стан емоційної сфери, особистості загалом;**
3) **Педагогічний – досліджує та розробляє педагогічні принципи, методи та форми корекції та навчання РВ дітей;**
4) **Психометричний – метод кількісної оцінки рівня розвитку розумових здібностей.**

Період між першою і другою світовими війнами характеризувався зниженням активності у справі організації спеціального навчання дітей з особливостями розвитку як серед громадськості, так і серед представників владних структур провідних європейських держав.

Перша світова війна, революції, перевороти, прихід до влади фашистської диктатури (Італія, Німеччина), економічна кризи в Англії ускладнювали виконання Законів про обов’язкове навчання глухих, сліпих і розумово відсталих, спричиняли значне скорочення мережі навчальних закладів, гальмували розвиток національних систем спеціальної освіти. Досягнуті раніше успіхи в розвитку, організації спеціального навчання і виховання дітей, в проведенні науково- дослідної роботи втрачалися. Внесені у цей період поправки до законів про обов’язкову загальну освіту глухих, сліпих і розумово відсталих мало активізували діяльність спеціальних закладів.

Коли Гітлер прийшов до влади, по всьому світу отримала поширення євгеніка. Ціль науки – покращення та захист «раси» «позитивним шляхом – за допомогою стимуляції розмноження найбільш життєво здатних та «негативним» шляхом – шляхом припинення репродукції «анормальних» людей. В цю групу потрапили і РВ, і психічно хворі, і глухі, німі, сліпі тощо.

США першими подали приклад примусової стерилізації, однак демократичні барєри, суди, суспільна думка значно обмежили її застосування.

З 1933 року дотації психіатричним лікарням та притулкам різко зменшуються, що поставило їх у критичне становище. Лікарів та медсестер підштовхують до відмови лікувати своїх пацієнтів. Населенню показують документальні стрічки про «найважчих» психічних хворих, які втратили людське обличчя для того щоб применшити важливість життя анмальних людей.

До 1935року в ряді країн Європи (Швейцария, Дания, Норвегия, Германия, Швеция и Финляндия) були прийняті закони про статеву стерилізацію, основний зміст якого звівся до припинення передачі патологічних генів нащадкам.

Наиболее широкое распространение євгеніка получила в Третьем Рейхе, когда по закону от 1938 года ей подвергались люди с врождённым слабоумием, шизофренией, циркулярным психозом, наследственной эпилепсией, наследственной хореей Гентингтона, наследственной глухотой, слепотой, тяжёлыми телесными уродствами, тяжёлым алкоголизмом, преступники, а позднее и неполноценные личности, т. е. этот закон использовался против политических врагов. Что значил этот термин, показывает следующий пример, приведённый на Нюренбергском процессе — один свидетель показал: «будучи вызванным в комиссию по расовым вопросам, на опросе он не смог назвать даты рождения Гитлера, Геббельса. Его обвинили в расовой неполноценности и стерилизовали».

В 1935 году Каррель публикует книгу «Человек неизвестный» (L'Homme, cet inconnu), продажи которой достигают 200 000 экземпляров к 1939 году. «У нас по сей день существует проблема огромного числа слабоумных и преступников. Стоимость содержания тюрем и психиатрических лечебниц, защиты населения от этих бандитов и сумасшедших, как всем нам известно, стала просто огромной. Цивилизованные нации наивно пытаются сохранить этих бесполезных или даже вредных существ. Ненормальные мешают развиваться нормальным. Почему бы обществу не избавиться от преступников и сумасшедших гораздо более экономичным способом? Учреждение для эвтаназии со всеми необходимыми газами позволило бы избавиться от них гуманным и экономичным

методом. Кроме того, может быть, подобного заслуживают и умалишенные, которые повинны в преступных деяниях?»

Фашиська Німеччина, яку переслідувала примара «загибелі раси» «гибели расы» (Volkstod), розпочинає реалізацію біомедичної політики, яка починається з масових стерилізацій за рішеннями спеціальних судів: 200000 РВ, 150000 божевільних та епілептиків, а також люди з фізичними недоліками, спадковою глухотою, німотою.

«Нацифікація» медицині дозволяє перейти ще далі – до «евтаназії», тобто до вбивства

Эта идея по своей сути отнюдь не нова, так как опирается на произведение «Право на уничтожение недостойных жить» (Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens) 1920 года. Оба его автора были видными учеными: первый – юристом, а второй – психиатром.

В той же час вчені (в кожному університеті існувала кафедра євгеніки) висловлюють все нові жахливі ідеї. Наприклад, професор Кранц говорив про необхідність знищення мілліон негідних громадян.

Не зважаючи на матеріальні, соціальні, культурологічні збитки, завдані більшості країн Європи другою світовою війною, ставлення суспільства до дітей з порушеннями у розвитку в цілому було прогресивно-гуманістичним. Уряди цих країн вжили низку заходів, спрямованих на упорядкування системи спеціального навчання, подальше розширення мережі освітніх закладів, поліпшення умов і рівня навчально-виховного процесу дітей інвалідів та з порушеннями у розвитку, їхнього соціального захисту. Після другої світової війни розпочалося нове, ще більш стрімке, ніж у попередні роки, зростання диференційованої мережі спеціальних дошкільних, шкільних і після шкільних освітніх закладів не тільки для глухих, сліпих, розумово відсталих дітей, а й для слабочуючих, слабозорих, з порушеннями мовлення, поведінки, опорно-рухової сфери та інших категорій дітей. Характерною особливістю розвитку спеціальної освіти в цих країнах було те, що саме у першій половині 60-х рр. XX ст. активізувалася розробка і впровадження критеріїв стану розумових здібностей дитини за допомогою тестів. Це з одного боку прискорило розвиток вчення про розумову відсталість, удосконалення спектру суспільної і державної допомоги, всієї системи народної освіти більшості країн Європи. З іншого боку, широке використання тестових_методик спричинило розширення контингенту так званих "неповноцінних" учнів за рахунок дітей, які мали низький рівень успішності у

звичайній школі, що закріплювало їх соціальну нерівність, позбавляло права навчання у народних школах.

Починаючи з другої половини 50-х років педагоги і лікарі європейських країн у процесі діагностики керувалися рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно яких орієнтовний рівень інтелекту нижче 70 є свідченням розумової відсталості. Рекомендаціями не заперечувалися клінічні критерії розумової відсталості, урахування характеру затримки психічного розвитку, її етіології. Відповідно до цих рекомендацій у більшості країн Європи вводиться додаткова диференатація спеціальних навчальних закладів, а також диференціація учнів в межах спеціальної школи. Найбільш розповсюдженим типом закладів стають спеціальні класи у звичайних школах, які мають різні назви: "диференційовані", "розвиткові", "сприяючі", "класи удосконалення", "допоміжні класи". Поряд з такими закладами створюються самостійні спеціальні школи з інтернатами і без них. У деяких країнах діти з легкими формами відсталості (педагогічно відсталі, слаборозвинені) навчаються в загальних (інтегрованих) школах, де з ними проводяться додаткові індивідуальні заняття.

Таким чином на кінець 60-х років XX ст. в країнах Західної Європи сформувалися принципи навчання дітей з особливостями розвитку, спрямовані на розвиток активності, самостійності, впевненості, почуттів дітей; максимальну індивідуалізацію навчального процесу, урізноманітнення методів навчання, конкретизацію навчального процесу; широке використання наочності, ігрової діяльності, ручної праці; здійснення зв'язку розумового і фізичного виховання; подолання ізольованості спеціальних закладів від звичайних шкіл, а дітей з особливостями розвитку від природного середовища.

Характерною особливістю розвитку спеціальної освіти у 60-70 рр. XX ст. стало прагнення європейських країн до координації зусиль державних структур і громадських організацій, спрямованих на подолання накопичених раніше проблем і труднощів у навчанні дітей з особливостями фізичного і розумового розвитку, на розроблення міжнародних принципів, які могли б бути покладені в основу побудови нової політики у цій галузі – державної і суспільної підтримки найменш захищеної частини населення. Це прагнення найповніше було проголошено на 23-ій Женевській міжнародній конференції з народної освіти у 1960 р. Рекомендації конференції проголошують: право на освіту всіх людей, включаючи й найменш обдарованих; значна частина розумово відсталих могли би стати корисними членами суспільства, якби вони одержали належну освіту; з метою одержання освіти мають бути використані всі здатності розумово відсталих дітей; досягнення медицини, психології, спеціальної педагогіки дозволяють якомога раніше виявити розумово відсталих дітей та організувати їх навчання за допомогою методів, побудованих на

диференціації і індивідуалізації навчання; диференційоване навчання не повинно приводити до повної ізоляції розумово відсталих від суспільства.

Ці рекомендації та досвід навчання дітей в спеціальних классах закладів загального типу стали важливою передумовою всезростаючої уваги європейських країн до потреб спеціальної освіти, які зумовлюються не тільки гуманними міркуваннями, а й соціальною, економічною і культурологічною необхідністю, визнанням європейською спільнотою права інвалідів та дітей з фізичними і розумовими вадами на рівний доступ до освіти. Це право було

закріплено "Конвенцією про боротьбу з дискримінацією в галузі освіти" (1960), "Міжнародною конвенцією про ліквідацію всіх форм расової дискримінації", що в подальшому послужило впровадженню концепцій "відкритого громадського суспільства" і "безперешкодного доступу до освіти".

Усвідомлення європейцями права осіб з порушеннями психофізичного розвитку на рівний доступ до освіти суперечило існуючій системі спеціального навчання. Денні школи, школи- інтернати у 80-90 рр. XX ст. розглядаються як спроба ізоляції дітей від батьків і ровесників, відсторонення їх від повноцінного життя, порушення громадських прав, дискримінація. У розвинених країнах Європи (ФРН, Англія, Франція, Швеція, Данія, Норвегія, Нідерланди, Фінляндія та ін.) все більше обґрунтовується необхідність введення освітньої інтеграції, створення умов для навчання таких дітей у школах загального типу. Результатом такої політики в галузі освіти у 80-90х рр.

XX ст. стало скорочення мережі денних шкіл і шкіл-інтернатів та зростання спеціальних класів, класів шкільної інтеграції, соціальних (інклюзивних) класів при загальноосвітніх школах з додатковою індивідуальною медичною і психолого-педагогічною підтримкою. Залежно від індивідуальних потреб кожної дитини не виключаються можливості навчання частини дітей у денній та спеціальній школі-інтернаті. У багатьох країнах Європи створено ресурсні центри, які надають консультативну допомогу батькам і педагогам шкіл з освітньою інтеграцією та спеціалізовану допомогу дітям.

2. Історичні нариси становлення дефектології в Україні та Росії

Досвід догляду, навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями має багату спадщину, започатковану ще на ранніх етапах суспільного розвитку. Милосердя до дітей і турбота, особливо про покинутих, стали поширюватися із зміцненням

християнського світогляду. У слов'янських державах на таких дітей дивилися як на "божих людей", слова "святий" і "юродивий" на Русі були синонімами.

У історії розвитку соціальної допомоги особам з відхиленнями в розвитку можна виділити чотири основні етапи: монастирський, медичний, лікувально-педагогічний та етап інтеграції у суспільство.

Монастирський етап (X - середина XVIII ст.)

Історія опікунства дітей з вадами психічного чи фізичного розвитку в Україні сягає давніх часів. Перші офіційні документи про опіку датуються X ст., коли князь Київський Володимир Святославович указом від 996 р. зобов'язав церкву дбати про таких осіб. Є докази, що в Києво-Печерській лаврі вже в першій половині XI ст. відкрився притулок для дітей, у якому окрім сиріт, хворих та убогих, перебували й так звані калічні діти (глухі, сліпі, недоумкуваті). На утримання закладів громадської опіки передбачалася частина коштів від княжих прибутків, яка передавалася монастирям. В історії дефектології та психології (О. Д'ячков, М. Ярмаченко, Х. Замський) наводяться факти про те, що в X-XII ст. у Київській Русі організовувалися заклади, де не лише опікувались неповноцінними дітьми, але й навчали їх елементам грамоти, живопису, співу та різних ремесел.

Громадське піклування про дітей з особливими потребами виникло на ранніх етапах розвитку Київської держави. На початку XII століття в "Повчанні князя Володимира Мономаха своїм дітям" ми знаходимо такі рядки: "Всього паче убогих не забувайте, але ємко могуче по силі кормите й подавайте сироті...".

На початку XII ст. київський князь Володимир Мономах в повчанні своїм дітям ("Повчання князя Володимира Мономаха своїм дітям") вказував: "Всего паче убогих не забывайте, но елико могуше по силе кормите о подавайте сироте и вдовицу оправдайте сами, а не давайте сильным погубить человека".

Напади татаро-монголів негативно вплинули на розвиток української культури та освіти. За цей час було знищено багато пам'яток історії, пограбовано храми та монастирі, втрачено літературні надбання. У XV - XVI ст. на території України відновлюється розвиток науки і культури. Монастирі залишалися основними осередками, де знаходили притулок калічні, а також особи з мовленнєвими вадами.

У Західній Україні важливу роль у справі навчання українців відігравали братства, які сприяли пробудженню громадської думки стосовно піклування про дітей з обмеженими психофізичними можливостями.

На жаль, наприкінці XVII – на початку XVIII ст. братства переживали період занепаду, що призвело до закриття створених ними шкіл. Отже, до 1917 р. громадяни

західних регіонів майже не навчалися. Стосовно уваги суспільства до осіб з обмеженими психофізичними можливостями, то ніяких заходів не здійснювалося.

У східній частині України в середині XVI ст. поряд з церквою важливу роль у наданні допомоги дітям з вадами розвитку почала відігравати громадськість (світська влада). Поширилися богадільні-шпиталі, які стали новою формою допомоги хворим та інвалідам. Призначення богаділень ще не було чітко визначено: до них потрапляли особи з різними порушеннями психофізичного розвитку, а також "дряхлі" та "безумні". Для них у монастирях відкривали богодільні, перші заклади суспільного опікування.

За Івана Грозного піклування за сиротами було введено у коло завдань органів державного управління. У 1586 році у статуті Львівської братської школи було зафіксовано, що “вчитель повинен і вчити, і любити дітей усіх однаково, як синів багатих, так і сиріт, убогих і тих, які вулицями ходять, прохаючи на прожиток. Учити їх, хто скільки по силам учиться може...”. З розвитком суспільних відносин, у важкий період міжусобиць та війн, з’явилась велика кількість людей, які мали потребу в матеріальній та моральній допомозі, будуються богодільні, шпиталі, сирітські будинки, притулки, де дітей не лише опікували і доглядали, але і навчали основам грамоти, живопису, співу та різних ремесел. Особливу активність у благодійній діяльності виявила дружина **Павла І Марія Федорівна**, яку називали “міністром благодійності”, вона піклувалася про сиріт, сліпих, глухонімих. З прийняттям християнства у Київській Русі було запроваджено закони з Візантії, які увійшли до складу громадських Кормчих книг. Стосувалися вони становища "сліпих, глухонімих, божевільних та нестямних” у сім'ї, охорони їхнього майна та інших громадських прав, відповідальності перед кримінальним законом.

Таким чином, вже за часів Київської Русі виявлялися милосердя й гуманізм щодо убогих та калічних і мали певне відображення в офіційних законах. На основі нормативних актів і систем суспільного піклування, здійснюваного головним чином монастирями, формувалося суспільне ставлення до осіб з вадами психофізичного розвитку.

У епоху XV-XVII ст. в Україні значного поширення набували "богодільні-шпиталі”, які визнавалися за специфічні форми допомоги хворим та інвалідам. Призначення богоділень не було чітко вираженим. До них приймалися каліки, безумні дорослі й діти, непрацездатні та інші особи, які внаслідок певних обставин жили за рахунок суспільства. Проте вже існуючі форми опіки дітей і підлітків були недостатніми. Їхня діяльність обмежувалася лише тим, що до цих осіб ставилися досить терпимо.

Медичний етап (XVIII - XIX ст.)

У XVIII ст. відбулися окремі позитивні зміни в економічному та культурному перетворенні, розвитку науки і освіти. Швидкими темпами розвивалися педагогіка, медицина, зокрема психіатрія. Активізувалася й діяльність держави у питаннях виховання обездолених та калічних дітей. У цей період розроблялися заходи приватного порядку щодо влаштування богоділень, відкриття спеціальних виховних будинків для безумних. Вироблялися форми їх опіки, вживалися заходи загального характеру. Це можна вважати першими серйозними кроками у створенні системи громадської опіки.

Медичний етап характеризувався активізацією діяльності земських лікарів-психіатрів, організацією для розумово відсталих осіб при психіатричних лікарнях спеціальних дитячих відділень. На цьому етапі було зроблено перші кроки до вивчення потреби у спеціальному навчанні й вихованні осіб з вадами розумового розвитку. Допомога недоумкуватим стає не лише виявом милосердя, гуманності, але й соціальною потребою, засобом полегшення долі батьків.

Перший в Росії заклад для РВ дітей «Лечебно-педагогіческое заведение для страдающих припадками, малоспособніх, слабоумніх , ідіотов» було відкрито 1854 році в Ризі Фрідріхом Пляцом. Це було невелике платне відділення, яке обслуговувало нечисленну кількість хворих. Пізніше воно було розширено та перетворено у пансіон для епілептиків та слабоумних. Заняття проводилися по системі Сегена. Потім створюються подібні заклади притулок Св. Емануїла в Петербурзі (1881), притулок Грачьової в Петербурзі (1894р.). Лікарняно-педагогічний інститут для педагогічно запущених та РВ дітей в Києві (Сікорський), школа-інтернат Кащенко (Москва, 1908р.)

Наприкінці 30-х років XIX століття були засновані Московський та Гатчинський сирітські інститути. У ці ж роки виникають перші приватні дитячі притулки. Життя у цих притулках будувалось згідно з “Положенням про дитячий притулок”, яке було написано князем В.Ф.Одоєвським – відомим письменником, автором багатьох книг для дітей (“Книжки дідуся Єремія”, “Посібник для гувернанток” тощо).

Як свідчать архівні матеріали, значний внесок у досвід організації педагогічної діяльності з дітьми та молоддю з проблемами розвитку у другій половині XIX ст. зробили Всеукраїнська Спілка Вчителів, Київське товариство взаємодопомоги жінкам, благодійне товариство судового відомства, Товариство Червоного Хреста (1867), Всеукраїнське товариство допомоги жертвам інтервенції та земства. Приватні благодійні товариства (Товариство трудової допомоги глухонімим тощо) згідно з законом від 5 грудня 1866 року відкривають в Україні школи для аномальних дітей: глухонімих, сліпих, розумово відсталих. Багато робилось і приходськими благодійними організаціями. Вони створювали

богодільні для старих та утримували притулки для дітей, де вони отримували шкільну освіту та ремісничі навики.

Наприкінці XIX – поч.XX ст. створюються товариства і суспільні організації, по навчанню і вихованню аномальних дітей. Вивчення, виявлення природи і сутності їх відхилень, організація корекційної роботи з ними сформувала стрункy систему наукових знань про аномальних дітей і історії розвитку спеціальних закладів для дітей з недостатками в розвитку та поведінці.

Питаннями навчання і виховання розумово відсталих дітей, дослідженнями в галузі психології аномального дитинства, проблемами педагогічної корекції недоліків розвитку і поведінки займалися такі видатні вчені-педагоги, психологи, медики, як К.К. Грачова, В.П. Кащенко, Г.І. Россолимо, Г.Я. Грошин, О.Ф.Л азурський та ін. Створення нових у Росії установ для розумово відсталих дітей належить Катерині Костянтинівні Грачовій(1866 – 1934), яка видала перші підручники для роботи з розумово відсталими дітьми.

Лікувально-педагогічний етап (XX ст.)

На цьому етапі було властиве прагнення до вивчення причин природи дефективного розвитку з метою раціональної організації лікувально-виховної роботи з такими дітьми.

Дефектологія почала розвиватися і формуватися як наука на початку XX століття у зв'язку з необхідністю побудови систем спеціальної освіти, основу яких склали школи для сліпих, глухих і розумово відсталих дітей.

Провідним інститутом у цій галузі на території Росії став експериментальний дефектологічний інститут, відкритий в 1929 році на базі педагогічної станції В. П. Кащенко. У 1943 році він був перейменований в Науково-дослідний інститут дефектології.

На початку XX ст. для таких дітей з РВ почали відкривати лікувально-виховні школи і допоміжні класи. Проте через пасивність і байдужість чиновників із Міністерства освіти ця форма педагогічної допомоги дітям з вадами інтелекту не набула свого подальшого розвитку.

На початку XX ст. на розвиток благодійності вплинув революційний рух. Більшовики засудили благодійність як буржуазний пережиток та заборонили будь-яку благодійну діяльність. Внаслідок цього були спроби відкрити спеціальні заклади у системі державної освіти – дитячі будинки. У 20-ті рр. XX ст. в Україні на чолі з В.Г. Короленком було створено Лігу Спасіння Дітей, Раду соціальної допомоги, Раду захисту дітей та

Міністерство соціальної допомоги. У зв'язку зі зростанням бездоглядності, виникає потреба в організації різних виховних дитячих закладів. Так з'являються дитячі приймальні, колонії, зростає кількість дитячих будинків. На перший план виходять соціально-педагогічні аспекти діяльності цих закладів.

Серед основоположників спеціальної педагогіки особливе місце належить **Всеволоду Петровичу Кащенку**(1870 – 1943), випускнику (1897 р.) медичного факультету Київського університет у імені Святого Володимира. У дефектологічну науку він прийшов під впливом ідей Г. Россолімо та А. Грибоєдова. Він був засновником лікувально-педагогічного закладу для дефективних, нервових та важких дітей. На III з'їзді вітчизняних психіатрів у 1909 році В. Кащенко вперше публічно висловив свій погляд на проблеми олігофренопедагогіки, проголосивши ідею органічної єдності педагогіки та медицини. Новітні ідеї вітчизняних і зарубіжних дефектологів він розпочав практично втілювати у життя, створивши у 1908 році Москвську санаторій-школу для "дефективних дітей", яка після революційних подій 1917 року за його ж ініціативою стала державною допоміжною школою. Санаторій-школа переросла в Науково-дослідний інститут дефектології Академії педагогічних наук (1943), а потім у Інститут корекційної педагогіки.В.П. Кащенко налагодив чітку систему відбору учнів цього закладу, де використовувались авторські методики, творчо впроваджувались у практику ідеї та досягнення дефектологічної думки (Г. Россолімо, А. Грибоєдов, А. Сікорський та ін). Він реалізовував на практиці принципи індивідуального та диференціального підходів у навчанні учнів, широко застосовував наочність. В.П. Кащенко наголошував на тому, що не можливо чітко розмежувати поняття норми й патології (аномалії), або природний вияв характеру та його патологічні риси. Відрізнити нормальний характер від патологічного важко тому, що немає наукового визначення особистісної норми. Але вчений наголошував на суттєвиї відмінностях між "нормальними" й "ненормальними" людьми, а саме: психічні відхилення у нормальної дитини є випадковими, вона може їх легко позбутися. Психопати й нервові діти не можуть цього зробити, оскільки не в змозі достатньо виявити вольові зусилля. Нормальні діти піддаються звичайному вихованню, вони наслідують адекватну поведінку дорослих чи своїх ровесників.

У своїй практичній діяльності В.П. Кащенко робив акцент на методичному аспекті навчально-виховного процесу. Він умів швидко відшукати й охарактеризувати дефект у розвитку дитини й накреслити ту програму, вказати ті методи, які поступово мали застосовуватись до конкретної дитини. В. Кащенко втілив у життя ідею "лікарської" педагогіки – систезу психолого-педагогічної науки та медицини. Він називав учнів своєї санаторій-школи "виключними" дітьми, неоднорідність яких зумовлена причинами

медичного і соціального характеру. Метою його роботи було не лише лікування важкої у виховному значенні дитини, але й перевиховання її для того, щоб вона стала не біологічно нормальною, а й соціально корисною. Тому одночасно з лікуванням у лікувально-оздоровчих закладах проводилась виховна робота. Тільки лікування або тільки виховання буде безрезультатним, успіх можливий лише за умови взаємного й глибинного проникнення однієї галузі в іншу, як зазначав В.П. Кащенко.

Григорій Іванович Россолимо (1860 – 1928), відомий невропатолог, на початку століття запропонував "метод психологічних профілів", за допомогою яких досліджувалися вісім головних здібностей дитини: стійкість пам'яті, швидкість запам'ятовування, тлумачення малюнків, виявлення нісенітниць, здатність комбінувати, стан моторики, уяви, спостережливість. У перші десятиліття XX століття СРСР за рівнем теоретичного осмислення проблем допомоги дітям з особливими потребами за рівнем методичних підходів до їх утворення був близький до провідних стран Європи. Подальший період розвитку дефектологічної науки у нашій країні став складним у силу об'єктивних економічних причин: рівень допомоги з боку держави не відповідав реальним потребам обслуговування дітей цієї категорії.

Новий час вимагав зміни поглядів на природу і сутність аномального дитинства, на задачи і зміст діяльності спеціальних загальноосвітніх установ, був необхідний новий підхід до теорії і практики вивчення відхилень у розвитку і поведінці дітей. Це вдалося зробити психологу-експериментатору **Льву Семеновичу Виготському** (1896 – 1934), який виділив найважливіше й найсуттєвіше в природі дефективності, визначив соціальну значущість допомоги аномальним дітям і провідні тенденції у попередженні та подоланні аномального дитинства, виявив, систематизував та пов'язав їх із загальними закономірностями розвитку особистості та суспільства. Л.С. Виготський висунув ідею своєрідного розвитку особистості аномальної дитини, яка формується, як і у звичайної дитини, у процесі взаємодії біологічного, соціального та педагогічного чинників. Вчений розробив та науково обґрунтував основи соціальної реабілітації аномальної дитини.

Великий внесок у розвиток дефектологічної науки вніс В.М. **Сорока-Росинський** (очолював школу ім. Ф. Достоєвського, вихованцями якої були безпритульні і важковиховувані діти та підлітки), що наголошував на необхідності не відшукувати недоліки, а знаходити напрями їх компенсації.

У цей час виникає наука педологія (від грецького padios – дитина, logos – вчення). Представниками цієї науки були П.П. Булонський та Л.С. Виготський. Ця наука вивчала розвиток дитини з урахуванням психологічних, анатомофізіологічних, природних та

соціальних чинників, а також достатньо глибоко вивчала кореляційні залежності між розладами здоров'я, інтелекту та явищами спадковості. Але хвиля репресій, дискримінація багатьох учених були підставою для того, щоб педологію уже в середині 30-х років оголосили "лженаукою". Розгром педології з ідеологічної точки зору був викликаний прийнятою ЦК ВКП постановою від 4 липня 1936 року. Трагічні наслідки цієї акції позначились на долі психологічної науки на довгі роки й визначили її взаємозв'язок з іншими науками. Заперечувався головний закон педології – зумовленість долі дітей біологічними й соціальними факторами, впливом спадковості й незмінного середовища. Треба відзначити, що ця наука зародилася на Заході в кінці XIX століття (Ст. Холл, Прейєр, Болдуїн та ін.). Після 1917 року педологічна наука розгорнулась завдяки утворенню педологічних установ. Всі науковці (психологи, фізіологи, лікарі, педагоги), які вивчали дітей, розглядались як "педологічні кадри". У 1930 році П.П. Булонський зазначав, що кожного, хто вивчає дітей, вважали педологом і всяке вивчення дитини називали педологією. Педологія як наука намагалась будувати свою діяльність на чотирьох принципах, які змінювали укладені підходи до виховання дітей.

1. Відмова вивчати дитину частинами: педологи домагалися синтезу знань про неї.
2. Генетичний принцип – дитина є істотою, що розвивається, і зрозуміти її можна, приймаючи до уваги динаміку й тенденції її розвитку
3. Принцип пов'язаний з докорінними змінами в методології дослідження дитинства. Різні науки, вивчаючи дитину, не враховували роль середовища в психологічному та віковому розвитку.
4. Зробити науку про дитину практично значущою, перейти від пізнання дитини й її світу до його зміни. Саме тому було впроваджено педолого-педагогічне консультування, робились перші спроби налагодження діагностики розвитку дитини.

У 30-х роках були сформульовані теоретичні основи корекційної педагогіки, але її концептуальні положення не завжди повною мірою могли бути реалізовані. Результати навчання сліпоглухонімих, теоретичні основи якого були розроблені І.О. Соколянським, реально продемонстрували великі можливості корекційної педагогіки, виявивши, що умовою успіху колекційного навчання є організація повноцінного життя та спілкування дитини.

Значний внесок у теорію й практику перевиховання дітей із відхиленнями у поведінці зробив А.С. Макаренко. Колонія ім. М. Горького (1920-1928 рр.) була першим етапом творчої педагогічної діяльності А.С. Макаренка. Свої винаходи він оформив у

певну педагогічну концепцію і на більш високому рівні реалізував у комуні ім. Ф. Дзержинського (1927-1935 рр.). А.С. Макаренко зробив вагомий внесок у розвиток соціальної роботи з різними категоріями дітей; він вважав, що дефективними є не діти, а методи, за допомогою яких вони виховуються.

Після Великої Вітчизняної війни відновлювалась мережа лікувальних, реабілітаційних закладів. У перші післявоєнні роки багатьом дітям були притаманні неврози, що виражалося в пригніченості, соромливості, нерішучості тощо. Підтвердженням правильності ідей В.П. Кащенко може служити здравниця для дітей "Перлина Росії", який очолював О.О. Дубровський. Це комплекс, який включав 4 санаторних піонерських табори: "Космос", "Сокіл", "Сонячний", "Приморський". Комплекс діяв протягом року, поєднував функції лікувального закладу, школи і табору. Протягом 45 днів влітку і 65 днів узимку діти поєднували навчання з лікуванням і активною громадською діяльністю. Вся робота персоналу будувалася на гуманних взаєминах, що допомагало встановленню дружніх стосунків, становленню моральності, духовного росту.

У другій половині 50-х – середині 60-х років XX століття поряд з традиційною формою інтернатних закладів – дитячими будинками – виникають школи-інтернати, які планувалось у майбутньому перетворити на основний тип державних освітньо-виховних закладів, які спроможні забезпечити навчання і суспільне виховання підростаючого покоління.

У 60 –70 рр. в педагогічній науці та практиці стає помітним повернення у напрямок соціальної педагогіки та психології, становлення та розвиток її організаційних форм та інститутів, поновлення теоретичних досліджень у галузі освіти і виховання. У сучасних умовах потреба в соціально-педагогічній теорії та практиці посилилась тому, що посилюється роль соціальних факторів у житті суспільства, збільшується кількість дітей та дорослих, які потребують соціального захисту взагалі, соціально-психологічної допомоги зокрема.

У радянський період в Україні, як і в Росії, здійснюється диференціація системи фахової освіти, її структурне удосконалення, перехід від трьох до восьми типів спецшкіл. Вважалося, що в галузі освіти і виховання дітям-інвалідам у колишньому СРСР, а зараз і в Україні надані усі можливості. Дотепер вони, в основному, отримують середню освіту лише в інтернатах. Практично ж система шкільної освіти не вважає потрібним враховувати той факт, що перебування у спецінтернаті збільшує ізоляцію дитини від суспільства, що в значній мірі гальмує її психічний розвиток. Програма освіти у

спецінтернатах недостатньо готує вихованця до самостійного життя в суспільстві. І тут варто вести розмову про різновидову депривацію (материнську, сенсорну, патерну тощо).

Сучасний етап – від ізоляції до інтеграції та інклюзії

Інтеграція інвалідів у суспільство у Західній Європі є головною тенденцією сучасного періоду, що базується на їх повній громадянській рівноправності. Цей етап характеризується в західноєвропейських країнах перебудовою в 80-90-ті роки організаційних основ спеціальної освіти, скороченням кількості спеціальних шкіл і різкого збільшення кількості спеціальних класів у загальноосвітніх школах, перебудовою взаємовідносин масової і спеціальної освіти. Україна зараз знаходиться на етапі лише переходу від третього до четвертого періоду, у той час як Західна Європа вже більше двох десятиліть переживає цей період і знаходиться на його передовій стадії. Змістом цього періоду є реорганізація взаємодії структур масової і спеціальної освіти й орієнтація останньої на підготовку дітей із відхиленнями в розвитку до життя як повноправних громадян суспільства, якому вони належать (інтеграція).

Інклюзивна освіта (франц. *inclusif* – включає в себе, от лат. *include* – включаю) або включена освіта – термін, що використовується для опису процеса навчання дітей з особливими потребами до загальноосвітньої школи. Відмінність інклюзії від інтеграції у тому, що остання передбачає адаптацію осіб з особливими потребами до суспільства, тоді як інклюзія передбачає адаптацію суспільства до людей з особливими потребами В основі ІО - ідеологія, що забезпечує рівне ставлення до всіх людей, але створює особливі умови для дітей, які мають особливі освітні потреби. ІО – процес розвитку загальної освіти, що передбачає доступність освіти для всіх, в плані пристосування до певних потреб всіх **(без виключення!!!)** дітей.

Досягнення дефектології

- Дефектологія внесла неоціненний внесок у розвиток освіти дітей з особливими потребами, а її знання дозволили дітям з різноманітними порушеннями не просто отримати освіту, а оволодіти певними навичками, зрозуміло, з урахуванням специфіки захворювання, стати повноцінними членами суспільства.

- Результати дефектологических досліджень лягли в основу створення диференційованого спеціальної освіти, створення реабілітаційних центрів для дітей з порушеннями розвитку.

- Сьогодні діють вісім типів шкіл для навчання глухих, слабочуючих, сліпих, слабозорих, розумово відсталих дітей, дітей із затримкою психічного розвитку, порушеннями опорно-рухового апарату, а також спеціальні установи дошкільної та професійно-технічної освіти.

Пріоритетами сучасної дефектології є:

- створення системи раннього виявлення порушень розвитку дітей;
- формування основ ранньої допомоги сім'ям дітей з порушеним розвитком;
- створення теоретичних і прикладних засад надання корекційної допомоги;
- розробка форм і методів інклюзивної освіти,
- зміна методів професійної освіти з урахуванням реалій сучасного життя;
- розробка технології індивідуалізації фахової освіти та форм психологічного супроводу дитини з порушеним розвитком у процесі навчання;
- визначення способів взаємодії з сім'єю, яка виховує дитину з порушеннями.

Рішення цих завдань сприяє подальшому розвитку дефектологических знань і, як наслідок, їх практичного застосування при формуванні й розвитку проблемної дитини.

Питання до теми:

1. Охарактеризуйте ставлення до осіб з порушенням розвитку в різних країнах та у різні історичні періоди.
2. Внесок І.О. Сікорського в розвиток дефектології
3. Які концепції Л.С. Виготського найбільш значущі для дефектології?
4. Які концепції І.О. Соколянського найбільш значущі для дефектології?
5. Окресліть актуальні проблеми та перспективні напрями розвитку сучасної дефектології.
6. Завдання для самостійної роботи: «Стан розвитку дефектології в зарубіжних країнах» (презентація реферативної доповіді)

2.1.Внесок Л.С. Виготського у дефектологію

Лев Семенович Виготський (1896_1934) є яскравим прикладом вчителя з "великої літери", видатним психологом і педагогом початку XX століття.

Немає жодної галузі психологічних знань, внесок в яку б не здійснив Л.С. Виготський: психологія мистецтва, загальна психологія, дитяча та педагогічна психологія, психологія дітей з порушеннями у розвитку, пато_ та нейропсихологія тощо. Психолог, талановитий педагог, спостережливий дефектолог, знавець літератури, вдумливий теоретик, мислитель — ці слова стосуються людини, яка присвятила психології понад 10 років свого життя, що супроводжувалися смертельною хворобою та нерозумінням людей, які були поруч. Він є фундатором вітчизняної дефектології, зокрема, автором концепції розвитку розумово відсталої дитини, яка широко використовується і нині.

Основною ідеєю творчості Льва Семеновича Виготського є положення про суспільно_історичну природу людської психіки, людської свідомості.

Він розробив учення про вищі психічні функції як специфічно людські форми психіки, тобто суто людські психологічні утворення вищого рівня організації.

Значною заслугою вченого перед педагогікою та психологією є введення понять "зона актуального" (те, що учень виконує самостійно) та "зона найближчого розвитку" (те, що перебуває у стадії дозрівання: визначається можливостями учнів у співпраці з дорослими). На його думку, навчання має йти попереду розвитку дитини, вести його за собою. Саме зона найближчого, а не зона актуального розвитку має найбільше значення для прогнозування рівня динаміки й ефективності фізичного, психічного та інтелектуального розвитку, можливостей дітей. У зв'язку з цим Лев Семенович Виготський розглядає поняття "сензетивного періоду" як найбільш плідного для розвитку певних психічних функцій в онтогенезі.

Актуальними у наш час залишаються погляди вченого й на проблему віку, вікової періодизації онтогенетичного розвитку, розуміння новоутворень у психіці, соціальної ситуації розвитку, стабільних та критичних періоді тощо.

Особливу увагу він звертає на своєрідність дефективної дитини, структуру та його компенсацію, на роль вищих психічних функцій і свідомості у розвитку.

Лев Семенович Виготський зазначає, що дитина, розвиток якої ускладнено дефектом, не є менш розвиненою, ніж її нормальні однолітки, а є інакше розвиненою. На його думку, саме таке уявлення про аномальну дитину має бути основою теоретичного та практичного підходу до неї. Органічний дефект у дитини з порушеннями психофізичного розвитку він розглядає як мінус, негативну основу, але те, що органічна вада створює стимул для компенсаторних процесів, є плюсом, позитивною передумовою розвитку. Позитивна своєрідність дефективної дитини створюється передусім не тим, що у неї випадають ті чи інші функції, які спостерігаються у нормальної дитини, а тим, що випадіння функцій зумовлює нові утворення, які у своїй єдності є реакцією особистості на дефект,

компенсацією у процесі розвитку. І тому дитина з порушеннями психофізичного розвитку — не обов'язково дефективна дитина. Від результату соціальної компенсації, тобто кінцевого формування її особистості залежить ступінь її дефективності і нормальності

Лев Семенович Виготський вважав, що дитина з дефектом може досягти того самого, що й нормальна, але іншими засобами. А педагогові важливо знати своєрідність шляху, яким він має повести дитину

Стверджуючи принципову можливість розвитку психічногоі фізичного компонентів особистості з порушенням психофізичного розвитку, Лев Семенович Виготський розглядає компенсацію як один з принципів,що визначає своєрідність і основні закономірності цього розвитку. В аномальної дитини процеси компенсації вкрай важливо спрямовувати не на пряме виправлення дефекту, що частіше неможливо, а на подолання труднощів, створених дефектом. Тобто у двокомпонентний процес "дефект — компенсація" вноситься проміжний компонент "дефект — відчуття малоцінності — компенсація" . Проте розумово відсталі діти, на відміну від інших категорій аномальних дітей, надто некритично ставляться до себе, щоб усвідомити особисту неповновисновок щодо подолання своєї відсталості. У розумово відсталих немає відчуття малоцінності, яке лежить в основі компенсаторних процесів.

Джерелом компенсації у дітей з вадами психофізичного розвитку є безпосередньо ті об'єктивні труднощі, що виникають у процесі розвитку. І тому для виховання розумово відсталого

важливо знати не саму по собі ваду, а реакцію дитини на труднощі, з якими вона зустрічається, які випливають з її недостатності. Труднощі дитина намагається обійти або подолати за допомогою новоутворень. У процесах заміщення вона використовує допоміжні засоби, якими намагається стимулювати саму себе. Недорозвинення елементарних функцій учений розглядає як прямий наслідок дефекту, а недорозвинення вищих психічних функцій — як додаткове, вторинне явище, що надбудовується над первинними особливостями. Нижчі, елементарні процеси, найменш виховувані, найменш залежні від зовнішніх

впливів, від соціального розвитку, як первинні симптоми настільки пов'язані з дефектом, що подолати їх неможливо доти, доки не буде його усунуто. Вищі ж психічні функції —це та сфера, що має найбільше значення для вирівнювання та згладжування наслідків дефекту й надає найбільші можливості для виховного впливу.

Розвиток нижчих психічних функцій досягається тільки за рахунок розвитку вищих психічних функцій, тоді як розвиток вищих психічних функцій можливий лише на шляху їх культурного розвитку. Сааме культурний вплив, за Л.С. Виготським, є тією головною

сферою, завдяки якій можлива компенсація недостатності аномальної дитини: де неможливий органічний розвиток, там безмежно відкрито шлях для культурного розвитку. Культурний розвиток, вважає видатний психолог, охоплює процеси формування вищих інтелектуальних функцій (мислення, у поняттях, розумне мовлення, логічна пам'ять, довільна увага тощо) та розвиток вищих характерологічних утворень. Отже, вищі психічні функції розвиваються через інтеріоризацію. Вища форма поведінка має два етапи розвитку — спо_

чатку як колективна форма поведінки, як функція інтерпсихічна, потім як функція інтрапсихічна, як спосіб індивідуальної поведінки. Розвиток вищих психічних функцій Л.С. Виготський розглядав і як оволодіння своєю поведінкою.

Загалом же вищі психічні функції характеризуються усвідомленістю, осмисленістю, довільністю. Усвідомити — це певною мірою оволодіти.

Виготський Л.С. вважав виховання та навчання розумово відсталих досить складним процесом. Пояснюється це тим, що у цієї категорії дітей пошкоджені центральний апарат та їхній компенсаційний фонд і можливості розвитку дуже обмежені. Спосіб розвитку дитини з інтелектуальною недостатністю, зважаючи на її особливості, суттєво відрізняється від розвитку нормальної, тому й техніка її навчання авжди матиме значну своєрідність. Але межі своєрідності таки мають місце та визначаються єдністю соціальної мети та завдань масової школи та спеціального навчального закладу для осіб з психофізичними вадами розвитку, адже діти з дефектом не є "особливою породою людей" за всієї своєрідності їхнього розвитку. Вони мають наближатися до нормального соціального типу.

Для повноцінного виховання розумово відсталої дитини, тобто для якнайбільшого наближення до здоров'я нормальної, акцент у роботі слід робити на яісній зміні власне самого змісту освітньо_виховної роботи.

Істотно важливим є зауваження Виготського про те, що для розвитку у розумово відсталих вищих психічних функцій треба створити щось на зразок шрифту Брайля (рельєфно_крапковий шрифт для написання і читання сліпими, розроблений французом Луїсом Брайлем; в основі шрифту лежить комбінація шести крапок) або дактилології (своєрідна форма мовлення, що базується на використанні пальців рук; кожній букві відповідає певне положення пальців руки), тобто систему обхідних шляхів культурного розвитку там, де прямі шляхи неможливі через дефект.

Дуже важливою для нас є думка Л.С. Виготського про те, що розвиток у розумово відсталої дитини вищих форм поведінки здійснюється під натиском потреби: якщо у дитини немає потреби подумати — вона ніколи не подумає. Важливо, щоб спеціально

створені педагогом труднощі змушували дитину виправити свою поведінку, подумати, перш ніж іяти, визнати її. До необхідного шляху розвитку розумово відсталу дитину приводить і афект, який спонукає до подолання труднощів.

Особливу роль у розвитку розумово відсталих учений відводить колективу відсталих і нормальних дітей різних інтелектуальних рівнів у певних пропорціях.

У працях Льва Семеновича Виготського ми знаходимо розуміння проблеми корекційно_розвивального впливу на дитину з порушеннями інтелектуального розвитку у процесі її навчання та підходів до її розв'язання; розуміння сутності свідомого, усвідомленого, осмисленого у свідомості, місце діяльності та практичного інтелекту у розвитку даної категорії дітей; розуміння спеціальної мети й завдань спеціальних навчальних закладів для дітей з вадами психофізичного розвитку, корекційних можливостей та особливостей методики, змісту, форм навчання й виховання розумово відсталих.

Виготський Л.С. гаряче обстоював необхідність соціального спеціального виховання аномальних дітей та вказував на те, що спеціальне виховання їх вимагає спеціальної педагогічної техніки, особливих прийомів і методів. Він підкреслював, що не можна забувати і того, що треба виховувати не сліпого, а передусім дитину.

Виховувати ж сліпого і глухого означає виховувати сліпоту і глухоту, та педагогіку дитячої дефективності перетворювати на дефективну педагогіку. У цих найглибшого змісту думках Л.С. Виготського полягає концепція спеціального організованого виховання дітей з порушенням психофізичного розвитку. Педагог або вихователь повинен бачити у своєму вихованці передусім особистість.

Особистість вихованця повинна стати своєрідним геометричним місцем точок спеціально організованого виховання і навчання.

Великий гуманіст Л.С. Виготський найвищий прояв гуманізму вбачав не у тому, щоб вихователь або педагог виявляли полегкість і поступлення, орієнтуючись у своїй роботі на дефект, а навпаки, у тому, щоб вони створювали у розумних межах труднощі для дітей у процесі їх виховання і навчання, вчили переборювати ці труднощі і тим самим розвивали особистість, її здорові сили

2.2. Внесок І.О. Соколянського у розвиток тифлосурдопедагогіки

Світовій історії навчання сліпоглухих вже більше 150 років. До кінця другого тисячоліття 80 країн світу мали спеціальні служби і школи для сліпоглухих. Початок історії навчання сліпоглухих дітей у країнах колишнього СРСР датується 1909 роком, коли було створено Суспільство піклування про сліпоглухих в Росії і відкрита перша

школа для таких дітей в Петербурзі, яка існувала до 1941 року. З 1923 року по 1937 рік дуже ефективно та цікаво працювала школа для сліпоглухих дітей в Харкові, організована І.О.Соколянським. Найвідомішою вихованкою цієї школи була відома сліпоглуха письменниця О. І. Скороходова. Згодом цей досвід був продовжений І.О.Соколянським і А.І.Мещеряковим в Москві в Інституті дефектології АПН СРСР (нині Інститут корекційної педагогіки РАО), де з 1947 року були продовжені наукові дослідження і практична робота із сліпоглухими дітьми.

З 1963 року успішно працює Дитячий будинок для сліпоглухих дітей в м. Сергіїв Посад Московської області,

Іван Опанасович Соколянський (1889 – 1960) походив з козацької родини, він народився 23 березня 1889 року в станиці Донській на Кубані. Протягом 1908 – 1913 років він здобував вищу освіту на сурдопедагогічних Маріїнських курсах та у Петербурзькому Психоневрологічному Інституті. Проте під час навчання довелося займатися педагогічною практикою в Олександрівській (тепер Запорізькій) школі-хуторі для глухонімих з серпня 1910 року, сподіваючись на „заочне" завершення навчання в Петербурзі. У грудні 1910 року його досвід роботи з глухонімими дітьми Олександрійська заслухали учасники Всеросійського з'їзду з питань сурдопедагогіки, котрий проходив у Москві.

Війна обірвала творчі плани педагога і вченого. Його, напівглухого, про що він сам згадував в автобіографії, мобілізували в 1915 році на військову службу, яка забрала, крім здоров'я, три роки повноцінного життя. Довелося служити на Кавказі, бувати в Туреччині, Персії, Афганістані, супроводжувати різні „спецекспедиції", спілкуючись з місцевими глухонімими мовою жестів , виконуючи у такий спосіб функції перекладача .

Наприкінці 1919 року, коли в Україні запанувала радянська влада, психічно виснажений війною і „революційними боями" Соколянський почав займатися своєю справді професійною справою: керував школою глухонімих в Україні, працював у повітовому відділі народної освіти, а протягом вересня 1920 року по лютий 1921 року вже очолював Київське управління вищих навчальних закладів, згодом відділ профосвіти Київської губернії.

Перебуваючи у холодному й голодному Києві, переймаючись справами освіти, Іван Опанасович був одночасно штатним співробітником Київського Вищого інституту народної освіти ім..М.Драгоманова.

Влітку 1921 року Соколянський намагався звільнитися з губвідділу освіти, а в жовтні перейшов до НКО УСРР на посаду головного інспектора установ для дефективних дітей Головсоцвиху. Він займався перевіркою дитбудинків Києва, Одеси, Донбасу. У 1922 – 1923 роках двічі відвідав Москву, де читав лекції на курсах перепідготовки

дефектологів-педагогів. Чиновника головної освітньої установи знали його підлеглі, а науковця Соколянського – поза Україною.

У 1925 році розпочався один з найбільш цікавих та плідних періодів його професійної діяльності – він організовує у Харкові школу-клініку для сліпоглухонімих. І.О. Соколянський був також одним з організаторів Науково-дослідного Інституту Педагогіки. У 1929 році Іван Опанасович очолив Інститут Дефектології УРСР.

І.О.Соколянського не оминула трагічна доля багатьох видатних науковців Радянського Союзу тридцятих років. У 1934 році він був заарештований, і хоча проте пізніше був реабілітований та навіть отримав змогу повернутися до продуктивної діяльності у сфері дефектології, зокрема тифлосуропедагогіки, проте від грудня 1933 року до березня 1934 року Соколянський пережив моральне приниження і звичайний людський страх, а після звільнення до чергового арешту його переслідувало почуття соціального-психологічного дискомфорту, глибокого внутрішнього потрясіння і відвертого розпачу. 28 лютого 1934 року Соколянського вирішили відправити на заслання до Казахстану на 5 років, але раптом „поталанило": справу дефектолога призупинили і поклали в архів. Жадана воля виявилася сумною і пригніченою для колишнього педагога-марксиста, авторитетного вченого, організатора науки. Він фактично залишив педагогічний Олімп чи його самого „залишили". Проте йому вдалося влаштуватися до Українського інституту експериментальної медицини, де він очолював відділ експериментальної психофізіології та одночасно завідував клінікою для сліпоглухонімих. Своїм звільненням навесні 1934 року, як нам здається, він зобов'язаний насамперед рідкісному фаху, яким він володів досконало: читання з губ, прикладна сурдопедагогіка, робота з „дефективними", хоча, можливо, тут відіграло роль і заступництво його друзів – письменників.

Вдруге Соколянський був заарештований у жовтні 1937 року. Його звинуватили у причетності до так званої „антирадянської націоналістичної терористично-шкідницької організації". Після 20 місяців у внутрішній в'язниці НКВС, Соколянського звільнили. Від глибокого психічного потрясіння він пролежав півроку у ліжку розбитий паралічем, перебував на межі відчаю, готовий до крайніх вчинків. Соколянський переїхав до Москви, працював старшим науковим співробітником науково-практичного інституту спецшкіл і дитбудинків Нарком осу РСФРР, директором школи для глухонімих – Дитячого будинку у м. Сергіїв Посад Московської області. Потягом цього періоду він працював разом зі своїм учнем та однодумцем А.І.Мещеряковим, який згодом продовжив справу Соколянського. У роки війни школу і її директора евакуювали спочатку до Пензи, а згодом до Новосибірська. У 1944 році, повернувшись до Москви, Іван Опанасович працював в Інституті дефектології АПН СРСР. У 1947 році за кількістю праць та прикладний характер

його спеціальності, Соколянському „присудили” науковий ступінь кандидата педагогічний наук. У 1957 році його реабілітували, а 20 років по смерті присвоїли звання лауреата Державної премії СРСР.

Іван Опанасович залишився в історії дефектології як талановитий практик, блискучий теоретик, розробник оригінального методу навчання сліпоглухих дітей, автор низки наукових праць та ряду винаходів з сурдо- і тифлотехніки (у тому числі читальної машини для сліпих і глухих).

У 20 – 30 рр. XX ст. відомою стала методика «ланцюгових сполучно-рухових реакцій», запропонована та випробувана на практиці І.О. Соколянським для навчання глухих дітей. Ця методика дозволяла навчити глухого першокласника розумінню письмової або усної (по читанню з губ) інструкції вчителя по виконанню ланцюжка дій за дуже короткий час.

У серпні 1924 р. в Харківському дитячому будинку глухонімих за пропозицією і під керівництвом І.О.Соколянського була розпочата нова експериментальна робота з глухими дітьми по так званому «ланцюговому методу», але німецькою мовою. Мета цього експерименту полягала в перевірці доказу продуктивності запропонованої методики. Німецькою мовою робота велася, для того, щоб виключити можливий вплив навичок читання, що вже є у дітей, з губ. Всі інструкції глухим дітям давалися німецькою мовою усно, а потім письмово по аналогічній схемі. Менше ніж за місяць роботи глухих дітей І класів вдалося навчити розумінню усних і письмових інструкцій німецькою мовою, причому навики виявилися досить стійкими: при перевірці засвоєного матеріалу через півтора місяці діти правильно виконували інструкції німецькою мовою, дані у встановленому і випадковому порядках, майже всіх пройдених раніше ланцюжків дій. При організації подібного експерименту із старшокласниками зверталася увага підлітків на різницю у вимовленні і написанні інструкцій на різних мовах

Високі результати навчання глухих по методу І.О.Соколянського так вразили Л.С.Виготського, що він включив перевірку цього методу в 1925 році до свого плану експериментальної перевірки «найцікавіших сучасних синтетичних систем навчання мови» глухонімих.

У цей же час І.О.Соколянський пробував застосувати свій метод при навчанні сліпоглухих дітей в створеній ним новій установі для сліпоглухонімих, на базі Харківської школи сліпих в 1923 році. Перша група сліпоглухих вихованців почала навчання вже в 1925 році. Спочатку Школа для сліпоглухонімих підпорядковувалася органам освіти Наркомпросу України і числилася тільки учбово-виховною установою. У 1925 році Наркомпрос поставив перед організатором цієї установи І.А.Соколянським тільки одне,

але достатньо важке завдання — практичну розробку системи і методів роботи із сліпоглухими дітьми. З цим завданням він справився блискуче.

Американська журналістка Л.Вільсон, що відвідала харківську школу-клініку у той час так написала про свої враження: «Досягнуті ж результати прямо приголомшують. П'ятеро дітей — один високообдарований, двоє — нормальних, двоє — слабкообдарованих, одна славна блакитноока дівчинка 15 років і один 20-річний хлопець — виховуються в Харківській експериментальній школі. Молодий хлопець розмовляє і цілком задовільно виконує функції слюсаря. Всі вихованці володіють основними навиками обслуговування, самі прибирають ліжка, їдять, як чудово виховані люди, бадьоро і весело грають і спільно гармонійно працюють. За словами вчителів, набуття повсякденних навичок і включення в колектив є найважчою роботою, набагато важчою, ніж навчання мови.

На його переконання, було неможливо «починати роботу із сліпоглухими з такого матеріалу, який вимагає величезної складності мозкової роботи, тоді як дитина не може не тільки обслужити себе власними силами в буденному житті, але не має навіть самих елементарних навиків для таких операцій, як їжа, умивання, одягання, взування і ін". Вся педагогічна система будувалася на інших підставах: сліпоглуха дитина в побутових умовах освоювалася до придбання повної побутової самостійності і культури. Причому, на думку вченого, такі умови слід створювати не лише в спеціалізованих закладах, але й дома, батьки повинні створити для дітей можливість оволодіти необхідними навичками самообслуговування в умовах їхньої власної оселі. Для цього, звичайно, батькам треба було створити певний режим – часовий та просторовий, щоб дати змогу дітям орієнтуватися, знаходячи предмети на одному й тому самому місці або виконуючи певні дії у один і той самий час.

Отже, експериментальні дослідження у школі для сліпоглухих дітей стали випробуванням для нової методики І.О.Соколянського, які підтвердили ефективність та прогресивність запропонованої ним системи навчання.

Іван Опанасович Соколянський залишився в історії тифлосурдопедагогіки перш за все завдяки розробленій ним новій системі навчання комунікації дітей, які мають дефекти слуху та зору. Його досягненням було насамперед те, що він вперше представив навчання і виховання дітей з подвійним сенсорним дефектом як систему з рядом періодів, послідовно зв'язаних між собою.

Сліпоглухота є одним з складних дефектів розвитку. До неї відносяться різні поєднання двох і більше первинних порушень психічного розвитку, тобто таких порушень психічного розвитку, які викликані органічним пошкодженням і приводять до недостатності психічної функції, пов'язаної з пошкодженим субстратом. Первинні

дефекти можуть бути викликані і певними украй несприятливими соціальними умовами раннього розвитку. Складність цього дефекту зумовлює з одного боку високий рівень складності роботи по навчанню та вихованню сліпоглухих дітей, а з іншого вимагає активної роботи по виробленню найбільш ефективних та досконалих методик цієї роботи як шляхів допомоги людям, що позбавлені можливості сприймати світ адекватно.

Розробляючи систему навчання сліпоглухих дітей словесній мові, І.А.Соколянський виділив декілька послідовних етапів. Найскладнішим серед них справедливо вважається домовленнєвий, перш за все тому, що відсутній адекватний контакт сліпоглухої дитини з середовищем, що оточує її, і постає завдання забезпечити цей контакт.

Враження і уявлення, які формуються в цей первинний період, вимагають адекватних засобів вираження, серед яких Соколянський виділяв пантоміміку, міміку і жести (природні) і ліплення. Слід відмітити, що первинний період розвитку сліпоглухої дитини в домовленнєвій фазі – це одна з найскладніших проблем, що постають у тифлосурдопедагогіці. Дослідження з цього питання активно велися й ведуться зараз як за кордоном, так і в нашій країні. Сучасні зарубіжні дослідники вважають, що надмірна пасивність сліпоглухих, наявність стереотипів у поведінці пов'язані з неправильним вибором комунікації. Пред'явлення інформації за допомогою візуальних просторових моделей, використання картинок, намальованих символів і письмових слів значно змінюють поведінку сліпоглухого, допомагають досягти емоційного контакту, покращують комунікативну компетенцію.

У теорії навчання сліпоглухих дітей в нашій країні, за І.О.Соколянським, основним завданням домовленнєвого періоду є формування у дитини первинних (початкових) засобів контакту, а також тих засобів, за допомогою яких вона могла би виразити своє відношення до безпосередньо навколишнього його середовища. Такими засобами виступають – жести, образотворча діяльність (ліплення, малювання).

Жестикуляція і ліплення повинні бути початковою стадією формування первинних засобів спілкування сліпоглухонімої дитини з навколишніми людьми, вважав І.О. Соколянський, оскільки потреба в спілкуванні, висловленні на цьому етапі, а також багатство і різноманітність образів сліпоглухих вимагають цих додаткових і спеціальних засобів виразу. Психічний розвиток сліпоглухих дітей спирається на підлягаючі зберіганню інтелектуальні і сенсорні можливості і їх вдосконалення. Правильне виховання дитини раннього віку з глибокими порушеннями зору і порушеннями слуху в сім'ї можливо тільки при чуйному відношенні дорослих до самих непомітних проявів активності дитини, умінні всіляко підтримати цю активність і розвивати її. Постійне

розташування предметів, що оточують дитину, і дотримання часового розпорядку дня сприяють його орієнтації в часі і просторі. Самостійне пересування по будинку і освоєння дій з предметами створює передумови для успішного пізнавального і мовного розвитку. У розвитку сліпоглухої дитини дошкільного віку на провідне місце виступає формування перших засобів спілкування – жестів. Завдяки дорослому дитина поступово засвоює черговість повсякденних побутових ситуацій. Предмет або жест можуть стати сигналом кожній такій значущій для дитини побутовій ситуації.

Самостійне освоєння сліпоглухої дитиною спочатку окремих дій, а потім і цілого циклу дій усередині кожної побутової або ігрової ситуації дозволяє зробити природний жест знаком певного окремого предмету і дії з ним. Все це готує заміну природного жесту словом. Величезне значення для формування правильних уявлень про все, що оточує, мають ліплення, моделювання, малювання і гра. Навчання словесної мови можливе через освоєння листа і читання. Освоївши звичайний лист великими буквами або рельєфно-точковим шрифтом сліпих (шрифт Л.Брайля), дитину учать послідовно описувати власні дії. З описів своїх дій складаються перші тексти для читання, що складаються з простих непоширених пропозицій. Із збагаченням словника дитини ускладнюється і граматична будова перших текстів. Тексти, складені за допомогою вчителя, називаються учбовими, а складені самою дитиною – спонтанними. Постійне взаємопроникнення цих двох видів текстів, які Соколянський називав паралельними, створює умови для повноцінного засвоєння словесної мови сліпоглухою дитиною.

Важливого значення у домовленнєвій фазі розвитку сліпоглухої дитини І.О.Соколянський надавав образотворчій діяльності, яка мала насамперед комунікативну функцію. Формування образотворчої діяльності у сліпоглухого співвідноситься з формуванням у нього сигнальної і вказівної функцій слова, тобто з найпершими ступенями функціонального розвитку слова; причому, малюнок як опосередкована ланка між дійсністю і словесним її описом часто виявляється надійнішим і ефективнішим, ніж інші форми імітаційно- образотворчої діяльності, такі як жести і драматизація. Таким чином, як вважав Соколянський, здатність сліпоглухої дитини оволодівати образотворчою діяльністю на початкових ступенях освоєння словесної мови може стати важливою умовою компенсації порушень словесного опосередкування і необхідним засобом формування її ситуативної мови.

В період освоєння жестовой форми спілкування і усередині неї, як припустив І.А.Соколянський, формуються початкові елементи словесної мови у вигляді дактильних слів – знаків [19, 35].

Відразу після засвоєння дактильного алфавіту І.А. Соколянський вимагав навчити сліпоглухих дітей плоско- графічному алфавіту (на долоні), оскільки з його допомогою сліпоглуха людина може спілкуватися з будь-якою грамотною людиною.

Отже, за Соколянським, найбільше значення для подальшого розвитку сліпоглухої дитини мають етапи домовленнєвого та первинного мовленнєвого розвитку. Важливо вмотивувати дитину до спілкування та дати їй засоби цього спілкування – жести, образотворчу діяльність, дактильну мову та мову жестів. Дуже важливим є не тільки власне мовленнєвий розвиток, але й вироблення елементарних побутових навичок, адже самообслуговування в побуті також виступає засобом освоєння навколишнього світу, а крім того, можливість бути хоч у чомусь самостійним надає дитині впевненості, робить її вільнішою, більш готовою до комунікації, до сприйняття інших людей.

Поняття „дитячої активності" в методиці І.О. Соколянського

Одне з ключових понять педагогіки І.О.Соколянського і його учня та послідовника А.І.Мещерякова – поняття "власної дитячої активності". Оскільки сліпа дитина, що рано втратила слух, унаслідок стовідсоткового обслуговування, майже абсолютно пасивна, то перше завдання вчителя І.О.Соколянський і А.І.Мещеряков бачили в тому, щоб спробувати сформувати у неї активність. Власне, це стратегічна установка на весь період навчання, – установка, практичну реалізацію якої А.І.Мещеряков виразив рядом дробів, де в чисельнику – активність вчителя, а в знаменнику – активність дитини. Активність вчителя повинна зменшуватися від одиниці до нуля, а активність дитини, навпаки, зростати від нуля до одиниці.

Передачу активності від вчителя до дитини А.І.Мещеряков і вважав розвитком. Розвиток – це процес перетворення дитини з об'єкту обслуговування в суб'єкт самообслуговування (і не тільки елементарно-побутового, але і в ширшому сенсі – в навчанні, посильній праці і так далі).

Поняттю „розвитку" А.І.Мещеряков протиставив "саморозвиток", під яким мається на увазі стихійний, спонтанний процес біологічного дозрівання. Тобто розвиток, як соціальний процес, протиставляється саморозвитку, як біологічному процесу. Розвиток обумовлений певною системою відносин між дитиною і світом культури, а саморозвиток обумовлений чисто біологічно успадкованою "програмою" фізіологічної життєдіяльності організму від народження до смерті. Наполягаючи на необхідності цілеспрямованої роботи з дитиною, націленій на формування власної дитячої активності, А.І.Мещеряков користується терміном "саморозвиток" в чисто полемічному контексті, не намагаючись переосмислити цей термін, вкласти в нього інший, не біологізаторський, зміст.

Отже, поняття „дитячої активності” є ключовим для розуміння методики І.О.Соколянського. Завдання вчителя – допомогти дитині засвоїти засоби спілкування, а отже і розвитку, сприйняття та перетворення оточуючого світу. Проблема мотивації дитячої активності, яка є актуальною для всієї педагогіки взагалі, у навчанні та вихованні сліпоглухих набула особливого значення, адже ці діти внаслідок своїх фізичних вад стають пасивними, що ускладнює додатково задачу вчителя. Не дати розуму заснути – ось що найперше має хвилювати педагога, що працює з такими дітьми. Адже відомі випадки, коли після втрати зору або слуху, діти, що вже вміли говорити, поступово втрачали ці навички внаслідок звуження комунікації, виходу зі звичних кіл спілкування, повного обслуговування з боку інших.

Саме тому ідея Соколянського щодо першостепенного значення власної дитячої активності, як рушійної сили та обов’язкової умови всього процесу навчання і виховання, є актуальною для тифлосурдопедагогіки й сьогодні.

Використання жестової мови у навчанні глухих та сліпоглухих

Жестикуляція як засіб самовираження на етапі домовленнєвого та первинного мовленнєвого розвитку сліпоглухої дитини тісно пов’язана з одним із наступних етапів – застосуванням мови жестів.

Слід сказати, що в Україні жестова мова існує близько двох століть, тобто, з того часу, як з’явилися перші осередки, громади глухих і відповідно спеціальні школи для глухих дітей (Львівська школа для глухих дітей була відкрита у 1830 році, Одеська - у 1843 році). Жестова мова, розвивалася і культивувалася у родинах глухих від покоління до покоління. Це геніальний комунікативний витвір людей, у яких неможливе усне спілкування. Це прояв творчої здатності і переконання того, що людина, позбавлена слуху, спроможна творити і творить рідну мову. Але до розуміння цього пройшов значний проміжок часу, в який мова жестів розглядалася з різних, досить полярних точок зору.

Першими сурдопедагогами, котрі працювали на теренах сьогоднішньої України, були, окрім Соколянського, М. Лаговський, Л. Виготський, Р. Боскіс, Р. Краєвський та інші.

Не зважаючи на те, що наприкінці XIX – початку XX століття основним методом навчання був „чистий усний метод”, історично зафіксовані погляди видатних сурдопедагогів на проблему використання жестової мови у навчальному процесі. Теоретично М. Лаговський та інші в усному мовленні вбачали далеко не єдиний засіб сурдопедагогічного процесу, сурдопедагоги професіонали не відкидали зовсім мову жестів:

«Жестикуляцию, мимику не условную, естественную, употребляемую учениками при общении друг с другом подавлять и искоренять даже вредно, принимая возможность благотворно в смысле развития влияния старших учеников на младших, которые еще не умеют говорить. Но, преследуя жестоко жестикуляцию, все же должны вырабатываться меры, ускоряющие усвоение речи и не замедляющие умственного развития ученика.”[13, 77]

Різні питання навчання осіб з вадами слуху не могли залишитися поза увагою і на різних поважних зібраннях. Так, наприклад, у 1910 році І. Соколянський, працюючи сурдопедагогом в Олександрівському училищі для глухонімих, виступав з доповіддю “Про навчання українських глухонімих рідної мови” на Всеросійському з'їзді діячів по вихованню і навчанню глухонімих. У своїй доповіді він обґрунтував педагогічну необхідність навчання українських учнів на противагу циркуляру, який забороняв навчання українською мовою.

Висновки

Іван Опанасович Соколянський відіграв важливу роль у становленні вітчизняної дефектології. Його практичний досвід, теоретичні праці та робота організатора залишили помітний вплив в історії не лише радянської, але й світової тифлосурдопедагогіки. Людина, серцем віддана своїй справі, він все своє життя присвятив найшляхетнішій справі – допомозі людям, які були позбавлені можливості сприймати всі барви та звуки навколишнього світу.

Серед головних досягнень І.О.Соколянського слід відмітити послідовну реалізацію ним принципу обов’язкового використання писемної мови у навчанні сліпоглухонімих дітей. Це було дійсно революційно, адже на той момент навчання таких дітей велося переважно усним методом (як в Росії, так і за кордоном). Також він приділяв увагу жестам, засобам образотворчої діяльності, передусім, ліпленню та малюванню, як способам вираження внутрішнього світу дитини, засобам комунікації на до мовленнєвому етапі, які сприяли формуванню мовленнєвих образів. Ефективність та прогресивний характер методики Соколянського визнавали як вітчизняні, так і зарубіжні спеціалісти.

Стрижневим для методики Соколянського було поняття „власної дитячої активності”, яка виступала головною передумовою ефективності навчально-виховного процесу. Лише змотивована до спілкування дитина зможе успішно розвиватися, освоювати навколишній світ.

Досягненням Соколовського було поєднання детально розробленої загальної методики навчання сліпоглухих дітей із винаходженням ряду конкретних технічних

засобів та практичних методів. Так, поряд із визначенням головних етапів розвитку дитини з дефектами органів сприйняття, виробленням поняття „власної активності дитини" як основи навчання, Соколянський є розробником спеціальної машини для читання й письма сліпоглухих, автором ряду методів, серед яких метод „паралельних текстів", метод „ланцюгових дій" та ін.

Сучасна теорія та практика роботи зі сліпоглухонімими дітьми багато в чому спирається на роботи та досягнення Івана Опанасовича Соколянського. Звичайно, з'являються нові прийоми та засоби навчання, проте ключові принципи його методики стали базисом для сучасної української дефектології. Справу Соколянського продовжили його учні, найвідомішим з яких був А.І.Мещеряков.